

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**STIGMATIZÁCIA A SEBASTIGMATIZÁCIA
U ZÁMERNE SEBAPOŠKODZUJÚCICH JEDINCOV**

The stigmatization and self-stigmatization on deliberately self-harming
individuals



Magisterská diplomová práca

Autor: Bc. Simona Šlesariková

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

Olomouc

2020

Pod'akovanie

Touto cestou by som rada pod'akovala pani PhDr. Olge Pechovej, Ph.D. za odborné vedenie mojej magisterskej diplomovej práce, ochotu, cenné rady, pripomienky, trpezlivosť a čas, ktorý mi venovala.

Obzvlášť veľké pod'akovanie náleží všetkým respondentom, ktorí sa aktívne podieľali na mojom výskume. Za ich odvahu a ochotu podeliť sa so mnou o ich životné skúsenosti a dôveru, ktorú mi tým tak prejavili.

Bez vás by som dnes tieto riadky nepísala. Ďakujem!

Prehlásenie

Miestoprísažne prehlasujem, že som magisterskú diplomovú prácu na tému: „Stigmatizácia a sebastigmatizácia u zámerne sebapoškodzujúcich jedincov“ vypracovala samostatne pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedla som všetky použité podklady a literatúru.

Vdňa

Podpis

Obsah

Úvod	9
TEORETICKÁ ČASŤ	10
1 Zámerné sebapoškodzovanie.....	11
1.1 Klasifikácia a formy sebapoškodzovania	12
1.2 Sebapoškodzovanie a suicidálne správanie.....	13
1.3 Motivácia	14
1.4 Rizikové faktory ovplyvňujúce rozvoj zámerného sebapoškodzovania.....	18
1.5 Vzťah sebapoškodzovania s psychiatrickými diagnózami	19
1.6 Terapia sebapoškodzovania	20
2 Stigmatizácia a sebastigmatizácia.....	23
2.1 Stigmatizácia	23
2.1.1 Definícia vymedzenie pojmov.....	23
2.1.2 Druhy stigmy	24
2.2 Sebastigmatizácia.....	25
2.2.1 Definícia	25
2.2.2 Model stigmy 3A.....	26
2.2.3 Efekt „Prečo to skúšať“	26
2.2.4 „Coming out“.....	27
2.3 Aktéri	28
2.3.1 Zdravotníci	28
2.3.2 Rodina a osobné vzťahy	30
2.3.3 Médiá.....	32
2.4 Dôsledky.....	34
3 Stigmatizácia a sebastigmatizácia u zámerne sebapoškodzujúcich.....	38
3.1 Stigmatizovaná identita	38
3.2 Jazvy.....	41
EMPIRICKÁ ČASŤ	44
4 Výskumný problém, ciele výskumu a výskumné otázky	45
4.1 Výskumný problém.....	45
4.2 Ciele výskumu a výskumné otázky.....	45
5 Metodológia výskumu.....	47
5.1 Metóda výskumu	47
5.2 Populácia a kritéria výberu výskumného súboru	47

5.3 Výber a charakteristika výskumného súboru	48
5.4 Metóda získavania dát	50
5.5 Metóda analýzy a spracovania dát	52
5.6 Etické problémy a spôsob ich riešenia	53
6 Výsledky	54
6.1.1 Sebapoškodzovanie „očami druhých“	56
6.1.2 Životná skúsenosť	58
6.1.3 Zmena vnímania	60
6.1.4 Obavy a reakcie	61
6.1.5 Zdôverenie sa	63
6.1.6 Dopady	65
6.1.7 Podpora a prvá pomoc	67
6.1.8 Odkaz	69
6.1.9 Odraz	70
6.2 Témy vyplynuté z rozhovorov	71
6.2.1 Vzdelanie	71
6.2.2 „Otrava“	73
6.3 Odpovede na výskumné otázky	74
7 Diskusia	78
7.1 Výsledky rozhovorov	78
7.2 Limity výskumu, jeho prínosy a možné odporúčenia	83
8 Záver	86
9 Súhrn	88
Zoznam použitých zdrojov a literatúry	91
PRÍLOHY	103
Zoznam príloh	104

Úvod

Sebapoškodzovanie je viditeľný prejav správania, ktorý je možno skrývať no nedá sa to vždy a tak je možné ľahko s tým človeka konfrontovať. Ide o správanie, ktoré v spoločnosti naráža na neporozumenie čo má za následok množstvo negatívnych interakcií. A tieto interakcie môžu mať stigmatizujúcu podobu.

Vo všeobecnosti sú dôsledky stigmatizácie negatívne a je individuálne akú podobu a vplyv budú mať na jednotlivých ľuďoch. Jedinečný je aj spôsob s akým pristupujú k vyrovnaniu sa s nimi. Sebapoškodzujúci sú pre spoločnosť „iní“ než ona sama, a to má za následok odlišné správanie či prístup. Určujúcim sa zdá byť názor médií či zdravotníkov, no podieľajú sa na jeho tvorbe aj ďalší. S témou môžeme prísť do kontaktu tiež vďaka rozhlasu, novinám, sociálnym sieťam a pod. Bohužiaľ však neznalosť či domnelá znalosť problematiky, ktorá je neustále ešte výrazne skreslená privádza ľudí, ktorí sú terčom stigmy do rôznych a nie práve príjemných situácií s ktorými sa musí vysporiadať.

Paradoxom je, že somatické ochorenia sú zrozumiteľné a verejnosťou prijímané bez nejakých extra výhrad, no duševné ochorenia majú v spoločnosti inú pozíciu. Je mnoho ľudí, ktorí majú ťažkosti s duševným zdravím či už sa s ním sami potýkajú alebo sa s ním len stretli. Potýkať sa s duševným ochorením nie je ojedinelé, no napriek tomu spoločnosť naň reaguje ako na niečo nové, neznáme a nevyspytateľné. Naskytajú sa nám otázky: „Prečo napríklad ľudia, ktorí majú reumu nemajú obavu o tom hovoriť a vyhľadať pomoc aby sa ich stav zlepšil? A prečo sebapoškodzujúci musia váhať a dopredu rozmyšľať nad tým čo im to skutočne prinesie?“ V hlave sa im môže vynárať nespočetné množstvo rôznych scenárov o tom čo si o nich pomyslia, budú hovoriť ako sa na nich budú pozeráť a správať sa k nim.

Hoci situácia ohľadne stigmatizácie sa lepšie, ide o tému, ktorá je čoraz viac diskutovaná, nestačí to – stigma pretrváva. Zdá sa, že je tak hlboko zakorenená a automatická v mnohých z nás, až sa bojovať s ňou často javí ako dopredu prehratý súboj. Aj preto sme sa rozhodli nadviazať na bakalársku prácu, ktorá sa venovala zámernému sebapoškodzovaniu a mala priniesť jedinečný pohľad na túto problematiku. Treba boriť mýty, ktoré prispievajú k udržiavaniu stigmy a rozpoznať zdroje, na ktoré je treba pôsobiť aby sme ju mohli odstrániť. Sebapoškodzujúci majú rovnaké právo na dôstojný a plnohodnotný život ako ostatní.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 Zámerné sebapoškodzovanie

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

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

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

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

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

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

1.1 Klasifikácia a formy sebapoškodzovania

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

Klasifikácie sebapoškodzujúceho správania

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

Klasifikácia Favazzu (1987) nám ponúka odlišný pohľad na sebapoškodzujúce správanie, kde rozlišuje medzi kultúrne akceptovaným a deviantným sebapoškodzovaním. Do kultúrne akceptovaných aktov sebapoškodzovania zaraďuje tie, ktoré sú sociálne prijateľné ako je napr. piercing či tetovanie. Deviantné rozdelil na: závažné, ktoré sa spája s vážnym mentálnym narušením, stereotypné, kde ide o opakujúce sa akty s absenciou symboliky (vyskytujúce sa u mentálne postihnutých), mierne, ktoré v sebe skrývajú epizodické (drobné poranenia tkaniva), repetitívne (prechod epizodického správania na reakciu zvykovú) a kompulzívne (opakujúce sa rituálne správanie).

Formy sebapoškodzovania

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

Ďalšie možné spôsoby sebapoškodzovania, ktorými sú napr. prejedanie sa, okusovanie si prstov a nechtov, extrémne rizikové správanie, opáranie sa, obsesívne čistenie a umývanie (do krvi), hladovanie, zotrvanie v násilnom vzťahu, prepracovanie a suicídium (Kriegelová, 2008). Rizikové správanie môže mať podobu, ako je jazda vysokou rýchlosťou či nebezpečný sex (Klonsky, 2007).

Whitlock, Eckenrode spolu so Silvermanom (2006) uvádzajú, že sú rôzne znaky vďaka, ktorým môžeme zistiť či sa niekto sebazraňuje. Môžeme postrehnúť rôzne nevysvetliteľné jazvy a ich zoskupenia, čerstvé rany, rôzne modriny, popáleniny alebo iné prejavy poškodenia telesnej integrity, neprimerané oblečenie vzhľadom na ročné obdobie (dlhé nohavice a rukávy v lete), množstvo náramkov na krytie zápästia, nevysvetliteľná výbava čo

do nástrojov umožňujúcich rezanie, fyzická alebo emocionálna absencia, sociálne stiahnutie, citlivosť na odmietnutie, ťažkosti s ovládaním hnevu, nutkavosť, vyjadrenia sebaobrany, hanby či bezcennosti. Dôležité je podotknúť, že aj keď u mnohých mladých ľudí toto správanie spôsobuje emočné stiahnutie, nie je to tak u všetkých. Je značný počet jednotlivcov, ktorí sú vysoko funkční a sociálne angažovaní.

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

1.2 Sebapoškodzovanie a suicidálne správanie

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

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

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

V literatúre nájdeme dva prístupy k sebapoškodzovaniu. Prvý z nich hodnotí

sebapoškodujúce jednanie zvlášť od suicidálneho správania. Kládne dôraz na odlišný psychodynamický priebeh a motiváciu. K tomuto názoru vedú fakty ako to, že spôsoby sebapoškodzovania nemajú letálne dôsledky, sebapoškodzovanie často vedie k opakovaniu sebapoškodenia a pri sebapoškodzovaní je suicidálny úmysel skôr výnimočný. V druhom prístupe sa potvrdzuje, že sebapoškodzovanie a suicidálne správanie sú minimálne vo vzájomnom vzťahu. U sebapoškodzujúcich a suicidálne jednajúcich býva prítomná depresia, pocity beznádeje a bezmocnosti. Tiež sú viac agresívni, afektívne nestabilní a prejavujú sa hraničnou osobnostnou patológiou, podceňujú riziko autoagresívneho správania a často sa u nich vyskytujú suicidálne myšlienky a fantázie. Čo je rozdielne u sebapoškodzovania a suicidálneho správania je to, že u sebapoškodzovania nenachádzame cieľ zomrieť a spôsoby sebapoškodzovania nemajú smrteľné dôsledky (Koutek, 2014; Koutek & Kocourková, 2003).

1.3 Motivácia

Teória protichodných procesov

Solomonova (1980) teória protichodných procesov poukazuje na to ako človek reaguje na emočné výkyvy. Tento proces prezentoval na závislostiach od drog či činnostiach, ktoré prinášajú ľuďom vzrušenie (napr. extrémny šport). Užitie drogy prináša jedincovi príjemné pocity slasti a eufórie, no následne sa ich účinok vytráca a prichádza k emočnému výkyvu – abstinénčné príznaky. Po vyprchaní drogy ostávajú negatívne stavy vyvolávajúce averziu a sú motivujúce k aktivite, ktoré stav stabilizujú či ho opäť uvedú do eufórie. Redistribúovanie je najrýchlejší spôsob ako sa zbaviť fyziologických a psychologických aspektov averzity. Pri opakovanom užívaní nastáva zmena účinku. Človek už neprežíva nástup účinkov, eufória je ojedinele a sú silnejšie fyziologické aj psychologické prejavy abstinénčného syndrómu, ktorý trvá čoraz dlhšie. Opakovaným aplikovaním si užívateľ zvykne na účinky a drogy potom užíva k odstráneniu ich nepríjemných pocitov.

Na základe teórie protichodných procesov od Solomona (1980) môžu vzorce správania prepojené s určitou formou sebazraňovania navodiť sekundárny proces. Tento proces je analgetický a účinkuje proti bolesti zo sebazraňovania. Opakovaním správania dochádza k posilneniu sekundárnej reakcie, ktorého výsledkom je tolerancia k tejto forme sebazraňovania. Následne sa jedinec môže uchýliť k zmene metódy sebazraňovania čo má za následok nárast zmeny. Ak naďalej jedinec pokračuje vo využívaní správania môže tým tak získať vzorce praxe spojené s novou metódou. Týmto sa však vytvorí tolerancia a ďalej sa

pokračuje v cykle návyku. Keď si jedinec vytvára toleranciu k fyzickej bolesti z určitej metódy sebazraňovania (napr. škriabanie, búchanie sa) sa pohráva s novou tvrdšou metódou zranenia aby dosiahol žiadúci efekt (napr. rezanie žiletkou). Zvyšovaním tolerancie si jedinci ubližujú mnohými spôsobmi a metódy môžu mať škodlivejší a nebezpečnejší charakter. Vo výsledkoch výskumu sa ukázalo, že nie všetci využívali sebazraňovanie ako mechanizmus na reguláciu emócií. Niektorí prežívali bolesť a niektorí necítili žiadnu, a teda analgéria nie je tá, ktorá vedie k voľbe tvrdších metód. K dosiahnutiu očakávaného efektu vedie túžba sebazrušenia prísnejších trestov k zmierneniu pochybnosti či zníženie sebakritického poznania (Stacy, Bandel, Lear & Pepper, 2018).

Model vyhýbania sa nepríjemným pocitom

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

Model vyhýbania sa nepríjemným pocitom nám slúži ako teoretický rámec pre pochopenie faktorov, ktoré môžu pôsobiť na zapojenie sa do sebaoškozovania. Je založený na predpoklade, že zámerné sebaoškozovanie je negatívne posilňujúca stratégia na zníženie či ukončenie nežiadúceho emočného vzrušenia. Zámerné sebaoškozovanie funguje na vyjadrenie, konkretizovanie a kontrolu nadmerných emócií. Vyhýbanie sa nepríjemným pocitom môže byť dôležitým psychologickým faktorom pri sebaoškozovaní rôzneho zámeru, samovražedného zámeru alebo prijateľného ambivalentného zámeru, ako nesuicidálneho sebazraňovania. Avšak pozorované veľkosti účinkov boli malé, čo naznačuje, že ďalšie premenné môžu byť kľúčové pri vysvetľovaní tak iniciácie, ako aj pokračovania sebaoškozovania (Chapman, Gratz & Brown 2006).

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

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

Edmondson, Brennan a House (2016) uvádzajú prehľad dôvodov sebapoškodzovania, ktorý zahŕňa: regulovanie afektov a tiesne, disociácia, hľadanie senzácie, medziľudský vplyv, trest, zamedzenie samovraždy, udržanie si či skúmanie hraníc, vyjadrovanie a zvládanie sexuality. Zvlášť k tomu ešte sebapoškodzovanie ako pozitívna skúsenosť a ako definovanie seba. Najviac rozšírenou príčinou je vplyv medziľudských vzťahov a tieseň.

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

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

Výsledky štúdií vykonané Nockom (2004) a Prinsteinom (2005) naznačujú, že existujú štyri hlavné dôvody prečo by si chcel niekto úmyselne spôsobovať bolesť či rany, a sú to: 1) zníženie negatívnych emócií, 2) cítenie „niečoho“ okrem necitlivosti alebo prázdnoty, 3) vyhýbanie sa niektorým sociálnym situáciám a 4) získanie sociálnej podpory. Napriek tomu, že sa vyskytujú všetky tieto dôvody je mylná predstava, že nesuicidálne sebazraňovanie je hlavne formou sociálnej manipulácie. Ako je možné, že pôsobenie si fyzickej bolesti alebo zranenia by mohlo byť využívané na riešenie emocionálnej bolesti? Nech sa nám to

zdá akokoľvek paradoxné, ľudia najčastejšie uvádzajú dôvody, ktoré ich vedú k nesuicídálnemu sebazraňovaniu ako napr.: zastaviť zlé pocity, zmierniť pocity prázdnoty, samoty alebo izolácie, odvieť pozornosť od iných problémov, znížiť pocity hnevu, uvoľnenie napätia, a riadiť bežiacie myšlienky (Selby, 2010).

Vo výsledkoch výskumu dospievajúcich, ktorí sa sebapoškodzujú ukázali, že najčastejším motívom k tomuto správaniu boli depresia, pocit samoty, negatívne pocity voči sebe samému no a tiež odpútať pozornosť od pocitov ublížiť si. U chlapcov bolo častejšie zaznamenané, že správanie prišlo ako reakcia na snahu pripojiť sa k skupine, predísť niečomu, na zahnanie nudy a pre pobavenie. Dievčatá sa potrebovali zraniť, pociťovali nešťastie a depresiu. Pozorované boli aj alternatívne motivácie, ktoré reprezentovali externalizáciu vnútorných ťažkostí (vysielanie správy o vnútornej bolesti alebo srdce izolovať od bolesti a dať ju niekde inde). Sebapoškodzovanie slúži hlavne ako regulačná funkcia (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005).

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

Ako riziko navodenia, tak riziko opakovania sebapoškodzovania zvyšujú traumatické a stresujúce udalosti. Toto správanie sa vyskytuje častejšie u ľudí, ktorí majú za sebou fyzické, psychické či sexuálne násilie, a toto násilie prežívajú ako znehodnotenie seba samých. Traumatizujúci zážitok, ktorý jedinec nemá zvládnutý má za následok pokles schopností na vyrovnanie sa s ďalšími problémami a nárast senzitivity k nasledujúcim záťažiam. Následkom toho je nárast psychického napätia, ktoré možno znížiť fyzickou bolesťou. Tendencia sa sebapoškodzovať je tiež zvýšená u závislých na psychoaktívnych látkach, aj keď povedať čo je v tomto prípade príčina a čo následok nie je jednoduché. Častejší výskyt opakovaného sebapoškodzovania je u ľudí, ktorí majú rôzne psychické poruchy, teda v prípadoch kedy ide symptóm ťažkosti v emočnej regulácii a zvládaní nepríjemných prežitkov (Vágnerová, 2014).

So sebapoškodzovaním je spájaných množstvo faktorov, ktoré môžu mať prechodný i dlhodobý charakter. Môže tu pôsobiť jeden faktor, častejšie však ide o zmes rôznych faktorov, ktoré sú časom obmieňané či dopĺňané. Kompletný zoznam však zrejme nikdy nebude

vzhľadom na to, že sa vždy nájde niečo ďalšie čo u jedinca vyvolá stav vedúci k sebapoškodzovaniu.

1.4 Rizikové faktory ovplyvňujúce rozvoj zámerného sebapoškodzovania

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

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

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

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

Vysoké emocionálne vypätie Gregg (2012) uvádza ako možnú príčinu sebapoškodzovania. Tiež je možné uvažovať o hypotéze, že dospievajúci nemajú potrebnú slovnú zásobu na to, aby mohli vyjadriť svoje pocity slovami. V prípade, že sú dospievajúci pod náhlým tlakom je sebapoškodzovanie ventilovaním tenzie. Sebapoškodzovanie môže slúžiť ako nástroj na zvládanie stresujúcich situácií. Sebapoškodzujúci často udávajú, že po preverení aktu sebapoškodenia sa dostávajú pocity úľavy. Rozhodujúcimi rizikovými faktormi pre rozvoj sebapoškodzovania sú nefunkčné rodinné vzťahy, citová deprivácia a tiež rôzne konflikty v rodine, ktoré zahŕňajú aj porozvodové spory rodičov. V období adolescencie sa

prejavuje pohotovosť smerovať agresívne impulzy voči vlastnému telu. Detské traumy obzvlášť sexuálne zneužívanie sú dávané do spojitosti s príčinami sebapoškodzujúceho správania. Predpokladá sa, že za túto pohotovosť môžu nedostatočne dobré skúsenosti z detstva so starostlivosťou blízkej osoby (Koutek & Kocourková, 2003).

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

1.5 Vzťah sebapoškodzovania s psychiatrickými diagnózami

Od posledného vydania DSM-5, ktoré vyšlo v máji roku 2013 sa očakávala zmena v podobe zámerného sebapoškodzovania ako samostatnej diagnostickej kategórie. V DSM-5 máme nesuicidálne sebazraňovanie definované ako úmyselné zničenie vlastného telesného tkaniva bez samovražedného úmyslu, ktoré je sociálne neprijateľné. Nájdeme ho v tretej sekcii ako „Ochorenia určené k ďalšiemu skúmaniu“. Tento koncept, ktorý poskytol definíciu, tak vyvolal nový výskum. Navrhnutých je šesť kritérií, ktoré zohľadňujú frekvenciu sebapoškodzovania (päť alebo viac dní v priebehu posledného roka), prítomnosť určitej funkčnosti tohto správania (t.j. úľava od negatívnych pocitov či kognitívneho stavu), absencia samovražedného úmyslu a spoločenské prijatie správania. V Medzinárodnej klasifikácii chorôb – 10 revízia (ďalej len MKN-10) bolo zámerné sebapoškodzovanie zaradené do kategórie W00-Y59 „iné vonkajšie príčiny náhodných poranení“, Y85-Y89 „následky vonkajších príčin morbidita a mortality“ a zároveň tak do podkategórie X60-X84 „úmyselné sebapoškodzovanie“.

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

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

1.6 Terapia sebapoškodzovania

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

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

Významné je terapeutické spojenectvo medzi doktorom a pacientom pri posudzovaní suicidálneho správania či sebapoškodzovania. Tento typ spoločenstva, však môže byť pre pacientov, ktorí majú za sebou čerstvú či ešte nedávnu traumatizáciu nedosiahnuteľný (Brüne, 2012).

Terapeutický či poradenský kontakt by podľa Kriegelovej (2008) mal obsahovať podporný systém v krízovej situácii. Uvádza pravidlo „24 hodín“, počas ktorých klient nemá právo kontaktovať terapeuta v prípade, že počas 24 hodín došlo k aktu zámerného sebapoškodenia. Toto pravidlo slúži k zabráneniu okamžitej terapeutovej pozornosti, ktorá môže sebapoškodzovanie posilňovať. Podstatné je si pravidlo 24 hodín presne špecifikovať, aby sa predišlo jeho nepochopeniu klientom, ktorý by ho mohol považovať za znak odmietania starostlivosti či dokonca za trest. Liečba zámerného sebapoškodzovania, ako už bolo

uvedené, je dlhodobým procesom, pre ktorý je podstatná jedincova voľba. Získať či odmietnuť pomoc? To sú dve strany na ktorých balancujú sebapoškodzujúci jedinci.

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

Platznerová (2009) uvádza niekoľko špecifických druhov psychoterapie, ktoré je možno využiť pri sebapoškodzovaní. Jedná sa napr. o terapiu syndrómu opakovania traumy, ktorá je založená na odstránení patologických názorov a jednaní, racionálne-emotívna terapia zaoberajúca sa riadením emócií, terapia zameraná na riešenie problému spočívajúca v zvládaní a posilňovaní psychickej záťaž, kognitívna terapia orientovaná na prácu so schémami, ktorej cieľom je odstránenie maladaptívnych spôsobov reakcií na záťažové situácie a i.

Minimalizácia poškodzovania - bezpečnejšie sebapoškodzovanie

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

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

Možnosť prevencie vyzerá ako najškodlivejšia a ťažko podporovateľná, zvyšné dve sa ukazujú ako tie obrannejšie stratégie. Prínos stratégie nezabránenia sebapoškodzovania je v tom, že pacienti si ponechávajú kontrolu nad ich situáciou a naďalej sú schopní využívať spoľahlivé prostriedky, tak ako ich vidia, a to z dôvodu aby sa mohli vyrovnávať so svojimi silnými pocitmi úzkosti. Použitými prostriedkami sú komplexné vyváženie fyzickej bolesti nad emocionálnym utrpením. Títo pacienti si spôsobujú takú fyzickú bolesť, akú potrebujú

na ich vyrovnanie sa s emocionálnym utrpením, ktoré prežívajú (Edwards & Hewitt 2011). Hoci Gutridge (2010) podporuje aj bezpečnejšie sebazraňovanie, tak tiež tvrdí, že osoba, ktorá sa sebazraňuje, nie je plne autonómna a podporuje bezpečnejšie sebapoškodzovanie založené na jeho terapeutických výhodách. Stavia totiž na názore, že sebapoškodzovanie v skutočnosti môže byť slobodným rozhodnutím, nakoľko poskytuje prostriedky, ktoré umožňujú jedincovi zvládnuť jeho úzkosť, a tak slúži ako dôležitá funkcia.

Sullivan (2017) opísal bezpečnejšie sebapoškodzovanie ako prístup k čistým žiletkám na vlastné použitie a prácu personálu s jedincom, ktorý mu pomôže porozumieť tomu ako sa zraníť bezpečnejšie. Vysvetlí mu základnú anatómiu a fyziológiu, tak aby bolo zaisťované porozumenie konceptov ako je sepsa a následky infekcie. Za to pre zmenu jedinec súhlasí s účasťou na psychoterapii, kde sa skúma zmysel a funkcia jeho správania a ako sa snaží ho znížiť a nakoniec zastaviť. Cieľom tohto prístupu je zníženie poškodzovania. Neuvádza ale, že by bezpečnejšie sebapoškodzovanie malo byť bežne prijímané, a že jedinci by sa nemali za žiadnych okolností sebapoškodzovať. Bezpečnejšie sebapoškodzovanie a preventívne prístupy nepredstavujú práve binárne protiklady avšak oba môžu byť v určitých prípadoch vhodné. A z toho plynie, že zdravotnícky personál má morálnu povinnosť, a to umožniť sebapoškodenie.

Sebapoškodzujúce správanie poskytuje pozitívnu úľavu od znepokojujúcich, úzkostných pocitov, ktoré ohrozujú osobu. Zabránením tohto správania môžeme zapríčiniť stratu významnej jedincovej stratégie zvládania a tým sa môže zvýšiť úroveň jeho trápenia. A práve toto zvyšuje riziko, že jedinci budú skrývať svoje sebazraňovanie a pri nebezpečnejších spôsoboch sa môžu pokúsiť o samovraždu (Sullivan, 2017).

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

2 Stigmatizácia a sebastigmatizácia

Stigmatizácia je v súčasnej dobe často skloňovaný termín, ktorý však u širokej verejnosti nie je vždy správne interpretovaný a stále sú ľudia, ktorí sa s ním ešte nikdy nestretli. Ide o fenomén, ktorý môžeme pozorovať v našom okolí a ako sa môže dotýkať ostatných, tak i priamo nás. To, že sú ľudia, ktorí sa s ním nikdy nestretli neznamená, že jav nepoznajú. V nasledujúcich kapitolách sa budeme venovať pojmom, ktoré súvisia so stigmatizáciou a rovnako tak jej druhom.

2.1 Stigmatizácia

2.1.1 Definícia vymedzenie pojmov

Tak ako sme každý jeden jedinečnou osobnosťou, tak unikátne je aj naše správanie. Hoci sa môže v určitých znakoch podobáť, vždy sa však nájde niečo čím nás odliší. Človek ako sociálna bytosť sa pohybuje v spoločnosti. Odohráva sa tam jeho správanie aj prežívanie, ktorým sa jej tak dotýka. Ide však o obojstranný vplyv, a teda aj samotná spoločnosť má vplyv na správanie a prežívanie jedinca. Tento vplyv môže byť ako pozitívny, tak negatívny a v oboch prípadoch je pre jedinca určujúci. Tie naše odlišnosti, ktoré máme nemusia byť spoločnosťou prijaté ako norma, a tak vznikajú rôzne spoločenské javy. Jedným z nich je práve aj stigmatizácia,

Pojem stigmatizácia vznikol ešte v starovekom Grécku. V tých časoch bol používaný na označovanie ľudí, ktorí boli prevažne zloději, zradcovia či otroci so somatickými odlišnosťami. Odlišnosti boli vnímané ako negatívne, reflektujúce nemorálne či vadné morálne vlastnosti jedincov. Tím, ktorí sa líšili bol vypálený či vyrezaný znak do kože, ktorý mal tak varovať okolie, že tomuto jedincovi je lepšie sa vyhnúť (Goffman, 2003). Znak či stopa nesúca svedectvo je doslovný preklad termínu stigma. Dodnes si však môže laická spoločnosť asociovať stigma s Kristovými ranami, ktoré niesli toto pomenovanie v období ranného kresťanstva (Ocisková & Praško, 2015).

Stigma reprezentuje komplexný sociálny fenomén zahrňujúci niekoľko zložiek: kognitívna zložka (stereotypizácia, označovanie), emocionálny komponent (predsudok), behaviorálny komponent (diskriminácia) a štrukturálny komponent (zhromaždené organizačné postupy a praktiky – výsledok: nerovnosti u ľudí s duševným ochorením) (Zäske, 2017). Link a Phelan (2001) uvádzajú, že vzniku stigmy pomáhajú situácie, kde sa stretnú

nálepkovanie, separácia, stereotypizácia, strata statusu a diskriminácia. Tento jav často sťažuje ľuďom s duševnou chorobou prístup k službám a plné zaradenie sa do spoločnosti (Záske, 2017).

2.1.2 Druhy stigmy

Stigma predstavuje komplexný celok, ktorý je možné rozdeliť ešte na ďalšie časti. Každá jedna z nich má inú podobu, prebieha v inom prostredí a má odlišný vplyv. Dôležité je vidieť čo jednotlivé stigmy reprezentujú aby bol náš pohľad na tento jav čo najpresnejší.

Verejná stigma či stigma sociálna je prítomná na úrovni skupiny. Ide o negatívne pôsobenie spoločnosti proti ľuďom s duševným ochorením, čím sa podporujú súvisiace stereotypy (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005). Tvoria ju tri zložky, a to stereotypy, diskriminácia a predsudky. Mienka spoločnosti v súvislosti so stereotypmi duševných ochorení je, že títo ľudia nie sú kompetentní alebo sú dokonca nebezpeční pre okolie. Z toho potom najčastejšie vychádzajú predsudky v podobe reakcií ako strach či zlosť. Nakoniec sa dostávame k diskriminácii, kedy sa spoločnosť stráni ľudí s duševným ochorením (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005). Ide napríklad o to ako sú v médiách prezentovaní psychicky chorí, vtípkovanie na ich adresu a tiež výchovné vplyvy (Ocisková et al., 2014).

Štruktúrálna stigma či inštitucionálna stigma je prítomná na úrovni systémovej. Súvisí s politikou, pravidlami, praxou verejných aj súkromných inštitúcií s vplyvným postavením, ktorí limitujú práva a príležitosti ľudí s duševným ochorením (Corrigan et al., 2005). Jedná sa o to, že psychicky chorí sú diskriminovaní a rovnako tak aj služby ako napr. zdravotníctvo, ktoré sa o nich stará. Môže ísť o odlišné možnosti pri využívaní zdravotnej starostlivosti, odstup v komunikácii či už na úradoch, či v zdravotníctve a tiež sa ukazuje v situáciách prijímania a prepúšťania zo zamestnania (Ocisková et al., 2014).

Internalizovaná stigma, sebastigmatizácia či zakúšaná stigma je na úrovni jedinca (Corrigan et al., 2005). Ide o aktuálne vnímanú a anticipovanú diskrimináciu od druhých ľudí. Pozorujeme ju v správaní okolia a interpretácii tohto správania. Sebastigmatizácia predstavuje zvnútorňovanie postojov spoločnosti, ktoré sú pre jedinca stigmatizujúce. Jediniec sa stotožňuje s označeným psychicky chorého, a to negatívne pôsobí na jeho sebavedomie, pocit menejcennosti, sebaúctu, vlastnú hodnotu. Človek s internalizovanou stigmou sa utiahne do ústrania, izoluje sa a rezignuje ohľadne svojich životných plánov (Ocisková et al., 2014). Ukazuje sa, že internalizovaná stigma môže byť koncipovaná aj ako vedľajší

účinnok liečby. Dochádza k tomu v prípade, že liečba vyvoláva označenie či identitu vážneho duševného ochorenia, ktorá podnecuje aplikáciu stereotypov (Ritsher & Phelan, 2004).

Okrem vyššie uvedeného sa môžeme ešte stretnúť s delením stigmaty na verejnú (postoj spoločnosti k jedincom s duševným ochorením) a osobnú (zvnútorňovanie verejnej stigmaty) (Corrigan, Rafacz, & Rüsche, 2011). Osobná stigma je zložená z troch častí – vnímaná, zakúšaná, a sebastigma. Zakúšaná stigma súvisí s očakávaniami jedincov, že budú čeliť stigmatizujúcej skúsenosti (Herek, Gillis & Cogan, 2009). Vnímaná stigma ukazuje na reakcie verejnosti voči ľuďom s psychickým ochorením a aké postoje voči nim zastávajú. Ľudia sú presvedčení, že verejnosť má o nich zlú mienku (Angermayer, Matschinger, Carta & Schomerus, 2014).

2.2 Sebastigmatizácia

Už sme sa zoznámili s termínom stigmatizácie a jej druhmi v predchádzajúcej kapitole. V tejto kapitole viac naviažeme na jeden z druhov stigmaty – sebastigmatizáciu. Uvedieme jej definíciu, trojfázový model priebehu zvnútorňovania stigmaty, efekt „Prečo to skúšať“, ktorý sa často objavuje a „Coming out“ ako jednu z možností boja s internalizovanou stigmou.

2.2.1 Definícia

Sebapoškodzujúce správanie berie časť spoločnosti za správanie vybočujúce od normy, a v tejto spojitosti sa stretnutiu s termínom stigmatizácia nevyhneme. U každého jedinca je vnímanie vysoko individuálne, subjektívne. Nie je tomu inak ani v prípade vnímania stigmatizácie, a to nás privádza ku sebastigmatizácii.

Jedinci sa vystavujú rôznym verejným očakávaniam (možno aj osobným), predsudkom, postojom, a tým prípadnej stigme (sebastigme) samotným sebaoznačovaním (Horsfield et al., 2019). Vedomie stigmaty je nevyhnutné, no je nepostačujúcim elementom sebastigmatizácie. Ak jedinec súhlasí s verejnými stereotypmi dochádza ku stereotypnej zhode. Sebastigmatizujúcim sa tento proces stáva s pridaním stereotypného súhlasu, kedy jedinec aplikuje kultúrne internalizované presvedčenia na sebe. (Ľudia s duševným ochorením sú podpriemerný. Ja som podpriemerný, lebo mám duševnú chorobu). Dôsledkom sú

znížená sebadôvera, sebaúčinnosť a sebaúcta, a to kvôli súhlasu s negatívnou mienkou (Watson, Larson, Corrigan & Sells, 2007).

2.2.2 Model stigmaty 3A

Corrigan a Rao (2012) prišli s progresívnym modelom stigmaty, ktorý možno označiť tiež ako model 3A. Ide o tri fázy zvnútorňovania verejných stigiem jedincom. Prvá etapa reprezentuje všeobecný model - povedomie („Awareness“). Uvedomenie verejnej stigmaty, kedy si človek s duševným ochorením všíma svojich odlišností. Po povedomí nasleduje súhlas („Agreement“) čo znamená, že osoba s negatívnymi stereotypmi súhlasí. A nakoniec je tu aplikácia („Application“), kedy už dotyčný stereotypy vzťahuje na seba. Tento trojfázový proces môže zapríčiniť pokles sebaúcty či sebaúčinnosti a i. Ukazuje sa však, že ak sa človek nedostane ďalej po prvej fáze, nemusí stigma negatívne ovplyvniť jeho stav (Camp, Finlay & Lyons, 2002). Ritche a Phelan (2004) uvádzajú, že je dôležité aby nedošlo k poslednej fáze – internalizácii.

2.2.3 Efekt „Prečo to skúšať“

Pohybovať sa v spoločnosti, kde je kultúra plná stereotypov o psychických chorobách vplýva na jedincov, ktorých sa dotýka. Vzbudzuje pocit menejcennosti, viny či nebezpečia. Títo jedinci môžu očakávať a zvnútorňovať si postoje, ktoré reflektujú diskrimináciu a devalváciu (vedomie o spoločnosti neakceptujúcej ľudí s duševným ochorením). Súhlas so stigmou a jej vzťahovanie na seba prináša pocity nehodnosti či neschopnosti dosahovať životných cieľov (Corrigan, Larson & Rüsche, 2009). Rovnako tak osoba nevidí zmysel v snažení zapojiť sa do spoločnosti. Hanobia sa, predvídajú svoje zlyhanie a vyhýbajú sa situáciám, pri ktorých očakávajú svoje zlyhanie (Corrigan, Kosyluk, & Rüsche, 2013).

Efekt Prečo to skúšať („Why try“) sa chápe ako behaviorálny následok stigmaty. Mohlo by sa zdať, že táto mienka vzniká na základe faktu, že človek skutočne nemá zručnosti na dosiahnutie svojich ambícií. Hovorí si, že prečo by sa mal vzdelávať, keď si nezaslúži dosiahnuť takýto cieľ, či načo sa snažiť dostať prácu, keď nemá šancu splniť pracovné požiadavky (Corrigan et al., 2009). Ľudia sú presvedčení, že si to nezaslúžia a nie sú ani schopní pre to niečo spraviť. Veria, že si nezaslúžia pozitívne výsledky (Corrigan, Niewegowski & Sayer, 2018).

Na ovplyvnenie cieľov je dôležité posilnenie. Ide o mechanizmus, ktorý hovorí čo by sa mohlo spraviť a nie opak. Princíp peer pomocníkov (človek s rovnakou skúsenosťou či problémom) funguje ako skupinka bez hierarchie. Rovnako tak sú povzbudzovaní jej členovia aby využívali služby, ktoré ich zaujímajú a potrebujú. Pomocníci s ostatnými zdieľajú zdroje a stratégie, ktoré pokladajú za prospešné k zvládaniu životných cieľov, ktoré sťažilo duševné ochorenie. Vďaka týmto skúsenostiam ľudia môžu vidieť, že sú stále schopní fungovať v živote a dosahovať ciele. Na sebastigmatu i efekt prečo to skúšať pôsobí aj skupinová identita. Jedinci svoju skupinovú identitu vnášajú do všedných dní zúčastňovaním sa na aktivitách. Môže ísť napríklad o svojpomocné skupiny, podstúpenie liečby a i. (Corrigan et al., 2009).

2.2.4 „Coming out“

„Coming out“ predstavuje odtajnenie duševného ochorenia a tým stigmy s ňou spojenou. „Vyjsť von“ s tým, že mám duševnú chorobu môže pomôcť k zníženiu stigmy. Keď sa jedinec rozhodne odhaliť môže to byť odrazom zažitej sebastigmy. Sebastigma tak môže byť motivátorom tohto prejavu. Ak ju však jedinec aplikoval na seba, môže to mať za následok, že ostane v utajení (Corrigan et al. 2016).

Nie je to len o tom, že vyjadrím svoju skúsenosť, ale už samotné stretnutie s liečbou je rovnako stigmatizujúce. To, že si občas niekto vezme lieky na psychické ochorenie stigmatizuje tak ako aj fakt, že osoba je depresívna. To čo „coming out“ prinesie je spojené s osobnými cieľmi a rozhodnutiami jedinca. Iba oni dokážu vidieť potenciálne výsledky spolu s výhodami (príjemný pocit, že nič neskrývam) a nevýhodami (sociálny nesúhlas, sociálna izolácia). Vo výsledku môže nastať aj extrémna situácia a jedinci sa budú vyhýbať sociálnym situáciám. Ich snaha uchrániť svoje tajomstvo pred inými často vedie k tomu, že sa stretávajú len s ľuďmi, ktorí majú tiež duševné ochorenie. Iní zas môžu zvoliť selektívne odhalenie a to, že pred určitými ľuďmi ich stav zostane tajomstvom a ďalšia časť ho bude poznať (Corrigan et al., 2009).

Skrývanie sa môže javiť ako účinná metóda ochrany pred stigmou. Avšak tlmenie podstatných častí identity ovplyvňuje vzťahy, prácu, osobnú pohodu a tiež fyzické a duševné zdravie (Pachankis, 2007). Vyjsť von napomáha pocitu moci ako nad skúsenosťou s duševným ochorením, tak so stigmatizáciou (Corrigan et al., 2009). Okrem toho pozitívne vplýva na kvalitu života a tiež posilnenie statusu ľudí (Corrigan et al., 2010).

2.3 Aktéri

Na stigmatizácii sa môže podieľať ktokoľvek zo spoločnosti. Každý však svojim zapojením má iný vplyv a dopad a aj preto sa v nasledujúcich kapitolách budeme venovať niektorým skupinám, ktoré sa často objavujú v tomto procese.

2.3.1 Zdravotníci

Zdravotníci sú súčasťou spoločnosti a od zvyšnej časti ľudí sa líšia svojim odborným vzdelaním. Vzdelanie by malo reprezentovať porozumenie voči rozličným druhom ochorení či iným ťažkostiam spojeným s fyzickým či psychickým zdravím. Odborníci však napriek svojmu povolaniu tiež disponujú rôznymi názormi. Človek by si myslel, že návštevou niekoho erudovaného získa pomoc, v ktorú dúfa. Avšak často dokáže naraziť na nepríjemný prístup, povýšenecké správanie či odmietnutie. Keď už niekto kto by mal mať dostatočné znalosti o ich probléme neakceptuje, nerozumie a ani sa o to nesnaží... tak potom kto iný?

Dôležitú rolu v procese liečby má vzťah terapeut-pacient. Aké bude zapojenie terapeuta v práci s pacientom ovplyvňuje jeho vnútorný postoj. Často v momente, keď ide o prípad, v ktorom nepredpokladá žiadny posun sa jeho úsilie znižuje. Terapeuti často používajú tiež ako psychiatri znevažujúce nálepky ako obranu pred vlastným neúspechom a neochotou sa plne venovať pacientom. K stigmatizácii môže dôjsť v individuálnej (výroky terapeuta) aj skupinovej terapii („outsider“) (Ocisková & Praško, 2015). Aj preto návšteva odborníka nepatrí práve k populárnym aktivitám. Okrem strachu zo stigmatizácie tiež ide často o pocity hanby, neistotu a problém s dôverou z dôvodu minulých negatívnych skúseností (Kriegelová, 2008).

Proces stigmatizácie v spojení so sebapoškodzovaním nastáva vďaka sociálnej identite vnímanej ostatnými v sociálnych interakciách. Jedna z účastníčok výskumu uviedla, že svoje sebapoškodzovanie začala považovať za nezdravé v momente, keď na to poukázala poradkyňa. Do tej doby ho brala ako adaptívny mechanizmus zvládania, ktorý jej pomáhal vyrovnáť sa so zraňujúcimi spomienkami. Hovorenie o sebapoškodzovaní ako o niečom „zlom“ ju doviedlo k upraveniu svojho správania v dobe, kedy sa rozhodla s tým skončiť. Bola to prirodzená vec, ktorú až po jej označení za nezdravú viedla k vyhľadaniu pomoci (Long, 2019).

Roweová a Jayeová (2017) na Novom Zélande zozbierali rozhovory s 12-timi ľuďmi vo veku 19-70 rokov. Snažili sa zistiť aké aspekty vzťahov sebapoškodzujúci považujú za pozitívne a podnetné. Konštruktívnymi boli pre respondentov vzťahy, ktoré boli pravé a vedeli, že ostatným na nich naozaj záleží. Sebapoškodzujúci chcú empatického pracovníka v zdravotníctve, ktorý vie načúvať, podporiť a nebude ich súdiť. Popri empatii sa ukázala ako významná autenticita terapeuta aj interakcií. Potrebovali dôveru, získať uznanie, potvrdiť, že sa skutočne necítia dobre a cítiť rešpekt. Potvrdenie, že sa naozaj necítia dobre bolo v spojitosti s tvrdeniami odborníka, že sa tak dotýčný necíti. Pacient však vie, že nemá ako zmeniť jeho názor za 15 minút, ktoré spolu strávia. Tento fakt bol kľúčový pre nadviazanie vzťahov (doktor-pacient) a pre akceptovanie starostlivosti. Najúčinné boli pre nich vzťahy s psychiatrickými sestrami a poradcami.

Ukazuje sa, že na postoji k ľuďom s duševným ochorením má vplyv vek. Mladší ľudia vykazujú najkladnejšie postoje (Letovancová, Kovalčíková & Dobříková, 2017). Výsledky Winklera a ďalších (2016) však poukazujú na opak a u mladších boli postoje menej priaznivé. Tu môže však rolu hrať aj pohlavie respondentov. Ženy prejavujú menej stigmatizujúce postoje (Winkler et al., 2016). To sa ukázalo aj u zdravotných sestier z piatich štátov (Chambers et al., 2010). Relevantnosť spojenia povahy postojov a pohlavia je však otázna (Winkler et al., 2016). Popri veku sa významne javí aj vzdelanie, ktorého rastom klesá stigmatizácia (Letovancová et al., 2017).

Avšak skutočne zaujímavý je vzťah osobnej skúsenosti a duševných chorôb, ktorý je spojený s pozitívnejšími postojmi a menšou túžbou po sociálnej vzdialenosti (Stuber, Rocha, Christian, & Link, 2014). Ľudia, ktorí boli v osobnom kontakte s osobou s duševným ochorením v priebehu života prejavovali menej stigmatizujúci postoj k týmto osobám oproti ľuďom, ktorý sa nikdy s nimi nestretli (Letovancová et al., 2017; Stuber et al., 2014; Boyd, Katz, Link, & Phelan, 2010; Chaudoir & Fisher, 2010). Väčšia znalosť a kontakt s jedincami s históriou sebapoškodzovania môže mať vplyv na lepšie prijatie týchto jedincov medzi ostatných (Burke, Picirillo, Moore-Berg, Alloy a Heimberg, 2018). Signalizuje nám to, že hľadanie ľudí, ktorí majú osobnú skúsenosť s duševnými chorobami do profesie v odbore duševného zdravia môže byť dobrým ťahom (Stuber et al., 2014). Tí, ktorí sami mali skúsenosti s psychiatrickou hospitalizáciou či poznajú niekoho z rodiny alebo priateľov, ktorí boli hospitalizovaní sú s ich pozitívnejším postojom spôsobilými zástancami rozptýlenia mýtov o duševnom zdraví (Boyd et al., 2010).

Pri porovnávaní postojov voči ľuďom s duševným ochorením medzi všeobecnou populáciou a doktormi sa ukázalo, že doktori majú menej stigmatizujúce postoje. U oboch

skupín je však stigma napriek tomu vysoká (Winkler et al., 2016; Stuber et al., 2014). So stigmatizáciou sa však stretávame aj u pracovníkov pohotovostnej služby (Dikeç, Uzunoğlu, & Gümüş, 2019).

2.3.2 Rodina a osobné vzťahy

Strach, obavy čo bude kto rozprávať a aká hanba to bude, keď sa niekto bude liečiť na psychiatrii sužujú rodinu. Rodina očakáva, že ich člen bude považovaný za „iného“ a tým si tento titul získajú aj oni (Ocisková & Praško, 2015). Rodiny sú často svedkami stigmatizujúcich postojov k ich blízkym a sami niekedy vyjadrujú diskriminačné postoje (González-Torres, Oraa, Arístegui, Fernández-Rivas, & Guimon, 2007). Prežívanie stigmatizácie zo strany rodiny môže mať podobu nedôvery, vyhýbania sa, obviňovania, nízkych očakávaní od nich, súcitu či klebiet (Moses, 2010). Okrem toho však aj nadmerný strach, ochranársky postoj a obmedzenia vďaka ktorým sa jedinec cíti neschopný (González-Torres et al., 2007). Hyperprotektívne správanie však nemusí prichádzať len od rodiny, ale aj blízkych a ľudí z okolia (Palouchová & Heretik Jr., 2009). Avšak rodiny z hrozby, že na nich padne hanba pre problémy ich člena, ktoré oni ani nevnímajú ako abnormálne usilujú o to aby sa dal nejak dokopy. Často môže ísť z ich strany o pomoc v podobe vybavovania vecí na úrade, ktoré mal vybaviť on sám, všade ho zavedú a pod. Bohužiaľ týmto správaním len posilňujú prejavy ochorenia (Ocisková & Praško, 2015).

Hoci skoro polovica účastníkov výskumu Mosesa (2010), ktorú tvorilo 56 adolescentov uviedla, že zažívajú stigmú od príslušníkov rodiny, tak zvyšok spomenul, že s nimi jednájú rovnako ako s ostatnými. Časť z nich to vysvetľovala tým, že samotní členovia bojovali so svojimi problémami a snažia sa byť viac akceptujúci a tolerantní. Čím je viac problém viditeľný pre okolie, tým vnímajú opatrovatelia vyššiu úroveň stigmy. Ukazuje sa však, že stigmatizujúce skúsenosti sú pre rodinu, ktorá sa stará o blízkeho menej stresujúce ak majú okolo seba rodinu a priateľov, ktorí im poskytujú podporu (González et al., 2007).

Skúmanie predsudkov mladých dospelých voči nesuicidálne sebazraňujúcim signalizovalo, že zo strany mladých dospelých je intenzívna nie len implicitná ale aj explicitná negatívna predpojatosť. Sebazraňujúci boli porovnávaní s jedincami s neúmyselným zranením (nehoda) a tými, ktorí sa zranili pre imidž (tetovanie). Ukázalo sa, že mladí dospelí majú negatívne implicitné predsudky voči nesuicidálnemu sebazraňovaniu. Negatívne tendencie voči sebazraňujúcim boli pri hodnotení charakteristiky atribútov (napr. dobrý-zlý), pri

úvahách o nesexuálnych a neromantických interakciách (prijatie sebazraňujúceho do zamestnania) a tiež pri uvažovaní o sexuálnej či romantickej interakcii (romantický, sexuálny vzťah so sebaoškodzujúcim). Negatívne sklony boli aj pri explicitných úlohách (Burke et al., 2018).

Okrem rodiny sa však pohybujeme aj v iných sociálnych skupinách. Časť života trávim v štúdiu, kde nadväzujeme rôzne priateľské vzťahy a občas aj prvé partnerské. Okrem spolužiakov interagujeme tiež s učiteľmi a neskôr sa zo školy posúvame do práce. Tam sme opäť medzi novými ľuďmi, a to znamená opäť nové zoznamovanie sa. Aj na týchto miestach sa môžeme stretnúť so stigmatizáciou a dokonca aj s efektom „Prečo to skúšať“.

Stigmatizáciu vo vzťahoch s rovesníkmi (62 %) často sprevádza strata priateľstva, ktoré nie je tolerantné, súdi či ide o stratu záujmu o osobu, keď odhalí svoje ťažkosti. Tí, ktorí nespomenuli žiadnu stigmatizáciu zo strany rovesníkov hovorili, že sa stretávajú s ľuďmi, ktorí sú na tom podobne alebo skrývajú svoju identitu aby sa vyhli novej stigme. Okrem spolužiakov sa stigmatizujúco správajú aj zamestnanci školy (35 %). Prejavuje sa to vyhýbaním sa, strachom, nechutou a podceňovaním schopností. Napriek tomu však boli prípady (22 %), kedy sa dospievajúci stretli s pozitívnym a podporným správaním od zamestnancov školy (Moses, 2010).

Prijatie niekoho kto má v histórii sebaoškodzovanie ako priateľa, spolužiaka či spolumilujúceho sa ukazuje ako menej pravdepodobné. Ľudia, ktorí však majú nejakú znalosť o sebaoškodzovaní či poznajú niekoho kto má túto skúsenosť mali pri prijímaní týchto jedincov akceptujúcejšie a inkluzívne postoje. Bolo tomu tak pri romantických, sexuálnych, neromantických aj nesexuálnych vzťahoch (Burke et al., 2018).

Akonáhle skončí štúdium posúvame sa ďalej a zamestnanie je nové prostredie, v ktorom žijeme. Obavy zo stigmatizovania a diskriminácie však môžu pretrvávať aj tu. A reálna prítomnosť stigmaty tiež nie je vylúčená. Opäť tu možno využiť skrytú identitu aby sa predišlo nechceným reakciám. Častým je váhanie o informovaní o svojom stave nadriadeného či kolegov. Toto rozhodovanie sťažuje fakt, že sa dotyčný bojí aby neprišiel o svoje miesto, lebo by mohli spochybniť jeho pracovné schopnosti či by vôbec miesto nemusel ani získať. Okrem toho sa snažia vyhnúť odstupu, opatrným pohľadom či inému prístupu.

U Longovej (2019) sebaoškodzujúci neverili, že by niečo dosiahli, splnili si sen či by niečo znamenali. Aký vplyv bude mať ich správanie na budúcu kariéru bolo často súčasťou obáv z odhalenia. V súvislosti so zamestnaním aj po ukončení sebaoškodzovania pretrvávali pocity hanby. Vo výsledkoch u schizofrénnych pacientov sa ukazovalo, že sami

volili utajovanie svojej diagnózy. Od doktorov si pýtali potvrdenia pre iné dôvody ako je ich skutočné ochorenie a tiež sa zaujímali o rady ako v práci vysvetliť dlhšie obdobie neprítomnosti či medzery v životopise (Schulze & Angermeyer, 2003).

Ukazuje sa, že hľadanie kariéry, kde by mohli jedinci so skúsenosťou so sebapoškodzovaním pomôcť a podporiť iných s podobnými problémami súvisí so sociálnymi podmienkami. Tieto podmienky umožňujú tento proces a integráciu skúseností do zmysluplného pocitu seba samého (Long, 2019).

Popri štúdiách aj práci nás sprevádzajú bližšie intímne vzťahy – partnerské. Prítomnosť duševného ochorenia býva významnou premennou pri ich tvorení či udržiavaní.

Ukazuje sa, že jedinci, ktorí predpokladali, že budú zažívať naštrbené interpersonálne kontakty uvádzali častejšie naštrbené väzby a nie príjemné zážitky. Odhliadnuc od toho bolo zmýšľanie účastníkov mierne nejednotné. Ide o to, že tí ktorí sa domnievali, že nie je možné aby sa zdravý človek zosobášil s niekým s psychickým ochorením mali menej skúseností s odmietnutím. A tí, ktorí predpokladali, že ľudia s psychickým ochorením majú narušené medziľudské kontakty mali častejšie skúsenosť so starostlivosťou od druhých (Cechnicki & Bielańska, 2009). Domnienka, že niekto s duševným ochorením sa zosobáši s niekým bez ochorenia bohužiaľ poukazuje na skutočnosť. Prijatie niekoho s duševným ochorením ako partnera/partnerku či manžela/manželku do rodiny je neustále nízke (Schomerus et al., 2012). Rovnako tak v prípade sebapoškodzovania (Burke et al., 2018).

Elkingstonová a ďalší (2013) sa zaujímali o mládež a rolu stigmaty súvisiacej psychickými chorobami a jej vplyvu na romantické či sexuálne vzťahy a sexuálne správanie medzi nimi. Dospievajúci, ktorí súhlasili so spoločenskými či individuálnymi skúsenosťami so stigmou si tak zvnútorňovali, že nie sú žiadanými ako romantickí či sexuálni partneri. Všetci, ktorí opísali internalizovanú stigmou, udávali správanie, ktorého snahou bolo ovládať stigmatizovanú identitu či sebavedomie.

2.3.3 Médiá

Všade, kde sa pozrieme sme obklopení médiami. Nejde im ujsť, a tak sme s nimi neustále v kontakte. Vďaka ich intenzívnemu pôsobeniu na nás je ich vplyv tak silný, že ľudia jednoducho veria tomu čo im prezentujú. Problém je, že údaje, ktoré prostredníctvom nich získajú považujú za skutočnosť a nie je inej pravdy. Plne im dôverujú a nesnažia sa si údaje overiť.

Trendom médií je posledných pár rokov nárast pozornosti smerom k duševným ochoreniam (Nessler, 2011). V štúdií Palouchovej a Heretika Jr. (2009) však účastníci vnímajú, že určité ochorenia sú neustále prehliadané. Zobrazenie duševných chorôb je často stereotypné a výber znení či zvolených podôb je s negatívnym charakterom (Nessler, 2011). Hlásanie médií o duševnom zdraví má stigmatizujúcu povahu a rovnako tak ich vyjadrovanie je stigmatizujúce (Janoušková & Winkler, 2015). Články a programy v televízii sa len obmedzene venujú téme duševného zdravia, no telesné ochorenie je vnímané ako normálne (Palouchová & Heretik, Jr., 2009).

Nawka spolu s ďalšími (2012) urobili rozbor 375-tich článkov. Článkov kde sa vyskytlo spojenie psychiatrických porúch s agresívnym správaním bolo 31,2 %. Dominovali články zobrazujúce duševne chorých ľudí ako delikventov. Články tejto povahy boli častejšie označované za stigmatizujúce. S psychotickými poruchami a obzvlášť so schizofréniou boli publikované články v spojení s vraždou. Pri afektívnych poruchách šlo o dokonané samovraždy a vraždy. Úzkosti a poruchy príjmu potravy boli sporadicky vykreslené v súvislosti s agresívnym správaním či sebaopoškodzovaním. Z 56-tich článkov, ktoré sa nimi zaoberali ani v jednom neboli ľudia zobrazení ako kriminálnici.

Je veľa ľudí, ktorí nemajú šancu prísť do kontaktu s ľuďmi s duševným ochorením. Tomuto faktoru nepomáha ani skutočnosť, že okrem toho nemajú ani znalosti o danej problematike. Jediný prameň, z ktorého čerpajú informácie, sú práve médiá – rozhlas, tlač, televízia a i. (Janoušková & Winkler, 2015). Je dôležité pozorovať do akej miery sa ako ľudia nechávame ovplyvniť a nakoľko sme schopní kriticky myslieť. To, že zvládneme informácie zhodnotiť, overiť a porozumieť im môže pomôcť pri utváraní názorov na dané témy. Dôležitá je však aj zmena reči stigmatizácie. V rámci projektu destigmatizácie funguje „StigmaWatch“, ktorá predstavuje skupinu dobrovoľníkov, ktorí poukazujú na stigmatizáciu v médiách. Vďaka týmto upozorneniam sa následne správcovia „StigmaWatch“ spájajú s autormi označených výstupov a dávajú im odporúčenia a konštruktívnu spätnú väzbu (Na rovinu, nedat.).

Aktérom v procese stigmatizácie môže byť rodič, zdravotník, učiteľ avšak aj osoba sama – jednoducho ktokoľvek. Dôležité nie je to akú rolu dotýčny v procese zastáva, ale ako v ňom pôsobí. Môžeme vnímať pozitívny vplyv a tiež negatívny. Ukazuje sa, že informácie sú podstatnou zložkou a ich povaha rovnako. Na základe nich si utvárame svoje názory a často však aj presvedčenie, ktoré je len ťažko zmeniť. Nie zriedka však získame len polovičné či dokonca skreslené správy, a tak usudzovanie len na základe nich je na hrane. Aktéri

a ich prístup k stigmatizovaným jedincom prispieva k ich vnímaniu seba samého a môže tak dochádzať k posilneniu ich pocitov. Preto je dôležitý vhodný prístup zúčastnených aby sa predchádzalo negatívnemu, a to zosmiešňovaniu, vyhýbaniu sa, hanbe a ďalším. Miesto toho by malo byť posilnené jedincovo prijatie a poukázanie na to, že je stále plnohodnotným človekom ako všetci ostatní. K pozitívnemu správaniu by mala pomôcť podpora, ktorá sa javí ako podstatný element pri znižovaní stigmy.

2.4 Dôsledky

Stigmatizácia má rôzne podoby dôsledkov na jedincov so stigmatizovanou identitou. Ich množstvo, podoba a konkrétny druh je však individuálny. Rozhodli sme sa venovať v nasledujúcom texte priestor trom z nich, a to hanbe, sociálnej izolácii a nízkej sebaúcte.

Hanba

Hanba je nám dôverne známy pocit. Každý jeden z nás ju zažil minimálne raz. Niektorí sa s ňou stretávajú občas a pre niekoho ide o každodennú realitu. Či už vďaka svojmu výzoru, svojmu vyjadrovaniu alebo správaniu sa dostávame do rôznych situácií. Spoločnosť je nastavená na nejaký pomyselný ideál a normy, ktoré keď človek nespĺňa nastáva problém. Bežne sa stretávame napríklad s tým, že čo ak poviem či spravím niečo inak a ako na to zareagujú druhí. To ako sa človek v takýchto situáciách cíti je individuálne. Najčastejšie si pod hanbou možno predstaviť červeň v tvári, nervozitu, pot alebo možno aj v správaní zaznamenať nejaké neštandardné kroky – útek, vyhýbanie sa či mlčanie. Prejavov môže byť mnoho a niektoré nemusia byť ani na prvý pohľad viditeľné.

Vyrovnať sa s pocitmi hanby môže v závislosti od situácie, ktorá ju vyvolala trvať od pár minút až po niekoľko mesiacov. Možno aj rokov. Faktom však ostáva, že za hanbou sa skrýva odmietnutie. Ako okolím, tak sebou samým, ktoré môže neskôr viesť k izolácii. Sebapoškodzujúci svoje zážitky s hanbou vedia/vedeli riešiť práve aj aktom sebapoškodenia. Toto správanie im malo pomôcť s reguláciou emócií, ktoré im hanba priniesla (Šlesariková, 2018). Avšak na druhej strane sebapoškodzujúce správanie so sebou nesie hanbu zo stigmy. A tak sa vieme ocitnúť v začarovanom kruhu.

Hacková spolu s Martinom (2018) sa zaujímali o to, akú mieru hanby vykazujú jedinci, ktorí sa v súčasnej dobe sebapoškodzujú, sebapoškodzovali sa v minulosti a tí čo nemajú skúsenosť so sebapoškodzovaním. Skúmali hanbu celkovú, charakteristickú, správania

a telovú. Vo všetkých štyroch vykazovali aktuálne naďalej sebapokošdzujúci vyššiu úroveň. Sebapokošdzujúci mali vyššiu úroveň hanby oproti jedincom bez sebapokošdzujúcej skúsenosti. A tiež mali vyššiu úroveň jedinca, ktorí sa aj v súčasnej dobe sebapokošdzujú v porovnaní s tými, ktorí majú sebapokošdzovanie ukončené. Vyššia úroveň telesnej hanby spolu s väčšou hanbou spojenou s jazvami môže naznačovať riziko opätovného sebapokošdenia (Bachtelle & Pepper, 2015; Duggan, Heath & Hu, 2015).

Celková hanba je jedným z prediktorov účasti na sebapokošdzovaní. Umožňuje odlíšiť jedinca u ktorých naďalej správanie prebieha od tých, ktorí ho majú ukončené. Ako pomoc pri zastavení sebapokošdzovania by mohlo pomôcť zníženie úrovne hanby (Hack & Martin, 2018).

Pri rozprávaní o svojej skúsenosti so sebapokošdzovaním účastníci štúdie hovorili o nej ako o súčasť ich osobnej identity. Túto identitu sa však pred ostatnými snažili skrývať. Nutkanie skrývať svoju skúsenosť podporovala hanba, ktorú pociťovali. Vina a hanba za stigmatizáciu a vybočenie majú základ v sebapokošdzovaní a sociálnych podmienkach, ktoré smerujú k sebapokošdzovaniu (Long, 2019). Hanba, stigmatizácia a jej očakávanie ovplyvňujú rozhodovanie o zverejnení svojej skrytej identity (Northrop, 2017), ktoré môže viesť k vyhýbaniu a jej skrývaniu (Dolezal & Lyons, 2017). Zverejnenie je jednou z možností, ktorú sprevádza pocit neistoty. Výsledkom môže byť prijatie či hanba, ktorá v konečnom dôsledku prináša odmietnutie (Northrop, 2017).

Sociálna izolácia

Nicholson (2009) definuje sociálnu izoláciu ako stav, kedy jedinec stráca zmysel pre spoločenskú solidaritu, nie je v kontakte s ostatnými, má obmedzený počet sociálnych kontaktov, ktoré nie sú dostatočné pre kvalitné vzťahy a naplnenie.

Izoláciu môžeme rozdeliť na sociálny nesúlad, ktorý súvisí s malým počtom sociálnych vzťahov a slabou angažovanosťou na spoločenských činnostiach a na vnímanú izoláciu, ktorú charakterizuje osamelosť a pociťovaný deficit sociálnej podpory. Obe formy však súvisia s horším fyzickým aj psychickým zdravím (Cornwell & Waite, 2009).

Sociálna izolácia reprezentuje hlavne prázdnu oblasť medziľudských vzťahov – chýbajúce sociálne kontakty. Mohlo k nej dôjsť vďaka spoločnosti, ktorá vyradila jedinca zo spoločnosti alebo sa izoloval sám. Ak by išlo o izoláciu zo strany jedinca stojí za tým strach, averzia ku komunikácii s ľuďmi a úzkosť. Dôvodom sú očakávania, že mu okolie bude ubližovať, zahanbovať ho a znevažovať (Ocisková & Praško, 2015).

V našej nedokonalosti nie sme sami. Veľa krát sa však cítime odstrihnutí a izolovaní od ostatných, keď vyhodnocujeme naše boje a nezdary a cítime, že my sme tí čo majú ťažké obdobie. Avšak vďaka takémuto tunelovému videniu sa cítime izolovane a osamelo čo ešte zhoršuje naše utrpenie. Zabúdame ale, že nedokonalosť a zlyhanie sú vlastne normálne (Gemer & Neff, 2013).

Adolescenti hlásili, že majú skúsenosť so stigmou od rovesníkov. Časť z nich spomenula, že je sociálne izolovaná a okrem toho nemajú motiváciu a schopnosť nadväzovať napíňajúce vzťahy s rovesníkmi. Často rodičia priateľov jedincov boli sabotérmi ich priateľstiev. Konali tak v domnienke, že týmto spôsobom obránia svoje dieťa pred ovplyvnením (Moses, 2010). Bežne boli rodiny a ich deti s duševným ochorením vylúčení priateľmi, ich rodinami, spolužiakmi, susedmi, prenajímateľmi či zdravotníkmi. Avšak nie špecialistami z odboru duševného zdravia. Jednoducho aj ľudia s ktorými sa zvykli často stretávať si od nich držali odstup a neboli viac spoločenský (Dikeç et al., 2019). Koniec priateľstva však pomohol ukázať jedincom rozpoznať reálnych priateľov od ostatných. Na pretrvávajúcich priateľstvách naďalej pracovali s ľuďmi, ktorí k nim boli tolerantnejší (Moses, 2010).

Prítomnosť druhých je nám ľuďom prirodzená. V prípade, že sa o ňu oberáme sami pre hanbu či zo strachu, že nás ostatní budú súdiť a vysmievať nás často prichádzame o veľa vecí, ktoré si zo začiatku nemusíme uvedomovať. Čo je však dôležité môžeme sa tak pripraviť o podporu, ktorá môže byť liečivá. Vždy tu budú dve strany toho čo sa môže stať, keď sa rozhodneme, že sa budeme vyhýbať alebo naopak. Často nás však negatívne predstavy, očakávania a obavy zaplavia a tým prestávame vidieť to pozitívne. Pripravujeme sa tak o šancu cítiť sa lepšie a to je to čo chceme. Rozhodnutie niekomu sa zdôveriť s tým kto sme, čo nás trápi nemusí byť práve jednoduché a tiež ešte skutočne to spraviť. Avšak nevieme či druhá strana sa necíti podobne a mohla by nám porozumieť alebo sa o to aspoň snažiť.

Sebaúcta

Podľa Rohnera (2005) sebaúcta súvisí s celkovým emočným hodnotením. Robia si ho ľudia z hľadiska ceny či hodnoty. Kladná sebaúcta je spájaná s tým, že sa jedinec má rád, je mu so sebou samým dobre, prijíma sa, sklamanie sebou samým je ojedinelé a vníma sa ako človek, ktorý si zaslúži úctu a rešpekt. V prípadoch, kedy sa človek nemá rád, znehodnocuje sa, cíti sa menejcenný a vníma sa ako bezvýznamný tvor, ktorý si zaslúži byť kritizovaný ide o negatívnu sebaúctu.

Prejavy sebaúcty je možné pozorovať v správaní ľudí v konkrétnych situáciách. Vidíme ako na seba jedinec nazerá - ako prijal sám seba aj so svojimi nedokonalosťami a či si

váži seba samého. Napriek tomu, že to čo si o sebe myslíme je náš názor na nás samých považujeme ho za pravdivý. Nieкто je presvedčený, že je nemilovaný, neschopný, nehodnotný a berie to ako fakt, ktorý sa nezmení. Na ceste k zmene je veľa prekážok v podobe sebaobviňovania, sebakritiky a ďalších. Odlišnosť od iných je jednou z možných premenných vplyvujúcich na zníženie sebaúcty. Celý tento proces vedie k posilneniu stigmatizácie.

Výsledky štúdie Ritschera a Phelana (2004) nepreukázali, že by zníženie sebaúcty predpovedala podpora stereotypov, no bol zistený trend v tomto smere. Túto skutočnosť pripisujú možnosti, že tí, ktorí schvaľujú stereotypy svoju sebaúctu už znížili natoľko, že už nebolo možné konštatovať jej ďalší pokles počas 4-och mesiacov. Avšak na začiatku vzťah stereotypného schválenia a sebaúcty bol podstatný. U Corrigan, Watsonovej a Barra (2006) dochádzalo k automatickému zníženiu sebaúcty aplikovaním stigmy na seba. Je to spojené so stereotypným uvedením. Pri porovnaní so zdravými jedincami sa ukazuje, že pacienti vykazujú nižší stupeň odolnosti a sebaúcty a značne vyššiu úroveň beznádeje (Hofer et al., 2016).

Internalizovaná stigma predikuje nízku sebaúctu. Ak sú prítomné skúsenosti so stigmou, no stigma nebola internalizovaná je emocionálne poškodenie menšie. Hoci objektívne životné situácie ako napríklad bývanie a pod. môžu byť negatívne ovplyvnené (Ritscher & Phelan, 2004).

Okrem hanby, sociálnej izolácie či zníženej sebaúcty, ktorým sme sa venovali v kapitolách vyššie je mnoho ďalších dôsledkov stigmy. Dinos, Stevens, Serfaty, Weich a King (2004) tiež uvádzajú na základe svojho výskumu hnev, strach, depresiu, úzkosť, vinu, rozpaky, prevenciu a vyhýbanie sa zotaveniu či vyhľadaniu pomoci. Tento zoznam však stále nie je konečný. U Ociskovej a Praška (2015) nájdeme tiež napríklad bezdomovectvo z dôvodu neprijatia rodinou či pre konflikty.

Dôsledky postihujú najčastejšie emočnú a sociálnu oblasť. Niektoré dopady sú bežnejšie, vyskytujú sa častejšie no nemusia sa všetky objaviť u jedného človeka. Stigma vplýva na každého inak a možnosti jej spracovanie sa tiež líšia od kapacity jedinca.

3 Stigmatizácia a sebastigmatizácia u zámerne sebapoškodzujúcich

Sebapoškodzujúci sú tiež skupinou ľudí, ktorá prichádza do kontaktu so stigmatizáciou. Na rozdiel od iných stigmatizovaných identít majú často viditeľné prejavy ich správania vo forme jaziev a rán, a to ich stavia neraz do komplikovaných situácií.

3.1 Stigmatizovaná identita

Pred ľuďmi s maskovanými stigmatizovanými identitami stojí veľké rozhodnutie - vyjsť na povrch a odhaliť tak svoj stigmatizovaný status? Čo ak by sa rozhodol homosexuál svoju sexuálnu orientáciu skryť či odhaliť pre svojimi kolegami v práci? Má jedinec, ktorému práve diagnostikovali depresiu túto skutočnosť niekomu oznámiť či si ju nechať pre seba? Vo svojich rozhodovaniach uvažujú tiež o tom kedy a komu odhalia vlastnú identitu. To ako sa dotyčný rozhodne so svojou stigmatizovanou identitou naložiť má veľký význam. Jeho verdikt pravdepodobne bude mať vplyv na jeho sociálne interakcie, pocit solidarity, tiež na psychickú a fyzickú pohodu (Camacho, Reinka & Quinn, 2020).

Rozhodujúce pre determinovanie vplyvu stigmatizovanej identity na fyzické, psychologické a behaviorálne zdravotné následky sú základné prvky identity. Tieto prvky možno zachytiť vďaka povahe dvoch fundamentálnych zložiek – hodnotený obsah a veľkosť stigmatizovanej identity. Zložky priamo pôsobia na psychologické následky (napr. úzkosť), ktoré majú dopad na behaviorálne výstupy (napr. vyhýbanie sa doktorom) a konečným efektom je vplyv na fyzické zdravie (napr. zhoršenie choroby) (Quinn & Earnshaw, 2011).

Skryté stigmy sa odlišujú v rozsahu skrytosti, dôležitosti a dĺžky jej dôsledkov (Pachankis, 2007). Skrývanie či odtajovanie predstavuje dve strany rovnakej mince. Nech sa človek rozhodne pre ktorúkoľvek stranu nesie to so sebou rovnako tak výhody, ako aj nevýhody. Napríklad ho skrývanie pripraví o sociálnu podporu, ktorú by mohlo odhalenie priniesť. Avšak toto sa predpokladá, len ak by odhalenie súviselo s nárastom sociálnej podpory. V opačnom prípade sa ľudia snažia chrániť (Camacho et al., 2020). Pri voľbe osoby, ktorej sa jedinec zdôverí so svojou identitou je veľmi opatrný. To platí obzvlášť pri prvom odhalení (Chaudoir & Quinn, 2010). Pri odtajení často ľudia nevedia čo bude nasledovať. No je pravdepodobné, že obavy z toho ovplyvnia ich správanie (Quinn & Chaudoir, 2009). Napriek tomu, že odhalenie by mohlo byť prospešné môžu byť tieto účinky znížené. Svoj podiel na

tom nesie to komu sa jedinec zdôveruje, aké sú reakcie druhej strany a tiež individuálne rozdiely (Camacho et al., 2020).

Maska pomáha jedincom okrem sebapoškodzovania ukryť aj iné aspekty ich identity. Jeden z praktických doktorov, ktorí sa zúčastnili štúdie uviedol, že ľudia majú právo svoju skúsenosť tajiť. Nemusí každý o každom vedieť všetko. Ale nie je dobré, že musíme skrývať veci, no môžeme si vybrať súkromie. Niekoľko účastníkov však uviedlo, že vyhľadanie pomoci bolo ohrozujúce nie len pre vystavenie sebapoškodzovania, ale aj ďalších diskreditovateľných črt ich identity, a to môže mať následky pre ďalšie aspekty života (Long, 2019).

Aktívne skrývanie svojej stigmatizovanej identity sa zdá, že by mohlo reprezentovať maladaptívnu stratégiu zvládania. Ide o stratégiu, ktorá vedie k psychickým stresom – hypervigilancia na podnety spojené so stigmou, predvídanie diskriminácie či sociálna izolácia (Camacho et al., 2020).

Quinnová a Chaudoirová (2009) realizovali dve štúdie. Prvá štúdia sa uskutočnila s 300 účastníkmi, s 13-nástimi rôznymi skrytými identitami. Ľudia s asociatívnou stigmou udávali menšie ťažkosti než ľudia s osobnou stigmou. Druhá štúdia bola replikou pre zistenia zo štúdie prvej. Zúčastnilo sa jej 235 účastníkov. Pri prvej štúdií bol predpoklad, že nárast očakávanej stigmy, centrálnosť stigmatizovanej identity voči sebe samému a zvýšený význam identity, ktorá je viac kultúrne devalvovaná bude viesť k nárastu psychologickéj úzkosti. V druhej štúdií tento predpoklad rozšírili o predvídanie zdravotných následkov. Očakávaná stigma a kultúrna stigma sú spojené priamo zdravotnými následkami. Ukázalo sa, že vonkajšia miera stigmy je spojená s úzkosťou (1. štúdia) a tiež so zdravím (2. štúdia). Centrálna identita ľudí, ktorí taja stigmatizovanú identitu sa zdá byť citlivá na utrpenie. Ľudia ukrywajúci svoju identitu, ktorá ich definuje a je náchylná k utrpeniu znemožňuje využiť ich skupinovú identitu. Skupinová identita má pomôcť vyvážiť negatívne názory z očakávaných predsudkov voči ich identite. Zvýšená tieseň je typická pri skrývanej stigmatizovanej identite, ktorá je významná v bežnom živote jedincov. Stigmatizovaná identita bude pravdepodobne identickejšia, keď o nej človek premýšľa. Ľudia pracujú na zachovaní si relatívnej stability. Učia sa vyhýbať situáciám, ktoré sú spojené s identitou.

Aj identita, ktorá nemusí byť úplne skrytá (napr. neplodnosť) môže priviesť jej nositeľov k väčšej kreativite na ochranu pred vznikom podozrenia zo skrývanej stigmy. Vedú k tomu časté otázky či tlaky od príbuzných či priateľov. U inej identity (napr. Parkinson) sa stav postupne zhoršuje. Tým sa skrývanie sťažuje a je viac viditeľným. V takom prípade je potrebné prehodnotiť či zdokonaľiť stratégiu riadenia stigmy. Niektoré typy interakcií

umožňujú sa skryť aj viditeľným formám stigmy (napr. obezita). Ide o telefonickú či internetovú komunikáciu (Pachankis, 2007).

Cook, Germanová a Stadler, (2016) skúmali dimenzie stigmy a ich spojitosť so skrytým ochorením (Skleróza Multiplex). Vzorku tvorilo 53 dospelých ľudí vo veku od 23-71 rokov. Napriek tomu, že vnímanie stigmy bolo pomerne nízke, väčšia časť účastníkov má skúsenosťou so stigmou a niektorí ich zažili viac. Prítomné boli pocity izolácie a očakávaná stigma. Zvnútorňovanie si negatívneho vnímania ich ochorenia nebolo moc bežné. Respondenti venovali pozornosť negatívne vnímaniu a správaniu sa iných, a to hlavne z dôvodu, že to vyúsťovalo v sociálnu izoláciu. Nezvnútorňovali si negatívne vnímanie, a tak sa necítili kvôli svojmu ochoreniu akoby boli niečo menej. Asi 20 % respondentov sa snažilo o skrývanie nad strednou mierkou. Snahy o skrývanie boli bežné. Vyššia úroveň očakávanej stigmy bola spojená s väčšou snahou o utajenie choroby. Skrývanie bolo v prvom rade podnietené strachom z predpojatosti.

Pre ľudí so skrytou stigmatizovanou identitou získanie sociálnej podpory je náročnejšie oproti ľuďom s viditeľnou stigmatizovanou identitou. Rolu tu hrajú obavy z odhalenia. Je však možné sa domnievať, že v prípade, že osoba získa sociálnu podporu je to prospešné, lebo identita je známa aj iným. Otvorenosť k druhým má vplyv na sociálnu podporu a zdravie. Tento model je pravdepodobný najmä ak sa zdôveríme ľuďom, ktorí majú pre nás veľkú hodnotu (rodič, partner). Vnímať a dostávať sociálnu podporu však môžu niektorí jedinci aj bez odhalenia. Znalosť iných o skrývanej identite však môže zosilniť účinky už prítomnej sociálnej podpory. Zásahy pre zlepšenie zdravotných následkov ľudí so skrytými stigmatizovanými identitami by sa mali orientovať ku konkrétnym ľuďom. Maximálny prínos sociálnej podpory možno ťažiť mimo identitu obzvlášť ak sú v živote dôležití ľudia (Weisz, Quinn & Williams, 2015).

Svoje ochorenie vo všeobecnosti ľudia zdieľajú svojmu partnerovi či rodine. Šlesariková (2018) na základe svojich výsledkov výskumu so sebapoškodzujúcimi uvádza, že sa zdôverujú tiež blízkym kamarátom či novým ľuďom, ktorí majú rovnakú skúsenosť alebo inú týkajúcu sa duševného zdravia. Odhaľovanie je selektívne (Bos, Kanner, Muris, Janssen, & Mayer, 2009). Voľba týchto osôb je na základe dôvery, vzájomného vzťahu či pre vieru vo väčšie porozumenie. Ukazuje sa tiež, že niektorí sa svojou identitou netaja (Šlesariková, 2018). No po odhalení blízkym zažili prevahu podporných reakcií oproti stigmatizujúcim. Selektívne odhaľovanie môže zlepšiť sociálnu podporu a redukovať stigmatizujúce reakcie (Bos et al., 2009). Inak bývajú prítomné reakcie ako nepochopenie, odsúdenie, výsmech

alebo zdesenie. Tieto reakcie sú zdrojom na vytváranie výhovoriek pre svoje zranenia (Šlesariková, 2018).

Sebapoškodzovanie vďaka mienke verejnosti vedie jedincov často k skrývaniu svojej skúsenosti a tým aj skrývaniu seba samých. Masky im má slúžiť ako ochrana pred svetom, ktorý ich neprijíma ako svojich členov. Akonáhle dochádza k pocitu, že sú iní, že nikam nezapadajú, že nie sú súčasťou tejto spoločnosti nasádzajú ju aby si zabezpečili svoje miesto v nej. Jej nosenie im však prináša umelé situácie a znemožňuje tak žiť naplno reálny život. Dostávajú sa do situácii, kedy uvažujú o tom, že by si masku zložili a či je to dobrý nápad. I keď sa skrývanie zdá byť jednoduchším vyžaduje si to čas a úsilie. Nehovoriac o tom, že je náročné masku udržať a pritom si zachovať sám seba. Prirovnali by sme to k „časovanej bombe“. Chodiac už len s pocitom, že ju máme a navyše ju môže kedykoľvek niekto odhaliť a aké to bude mať následky, keď to „vybuchne“ veľmi intenzívne vplýva na jej nositeľov. Otázkou je potom či ostaneme ďalej hrať a budeme vytvárať si nové výhovorky alebo tam budeme stáť sami za seba. Bohužiaľ zotrvanie v skrytej identite posilňuje negatívne skúsenosti či strach a obavy, ktoré vznikli vďaka informáciám v okolí. Toto celé má tiež vplyv na prijímanie sociálnej podpory, redukciu sociálnych kontaktov, na zhoršovanie stavu a zdravia.

3.2 Jazvy

Sebapoškodzovanie nesie so sebou viditeľné znaky, minimálne krátko po zranení, v podobe čerstvých rán. Ak rana bola vážnejšieho charakteru či sa zle hojila vznikajú jazvy, ktoré sú trvalejšie. Čo však rany a jazvy majú spoločné je náročnosť ich skryť tak, aby nezbudzovali pozornosť okolia. V prípade, že dôjde k ich odhaleniu prinesú jedincovi rôzne pohľady, vyvolávajú množstvo rôznych otázok, reakcií a je na nich ako s nimi budú bojovať. K tomuto všetkému nemusí ešte ani dôjsť, ale samotná predstava, že sa tak stane sebapoškodzujúcich často vedie k tomu aby svoje „šrámy“ poctivo skryli.

Obvykle sú jazvy výsledkom rezania, ktoré je najtypickejšou metódou sebapoškodzovania (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis, & Walsh, 2011), ale môžu však ostať aj po využití iných metód napr. pálenia (Lewis, 2016). Avšak jazvy, ktorým majú ľudia problém porozumieť sú prepletené stigmou a chybnými predstavami. Sebazaňovanie v očiach mnohých ľudí je len kontraintuitívnym správaním, a tak nie je ani ono výnimkou (Klonsky et al., 2011). Sebapoškodzovanie pre niektorých býva poháňacom ich osobného aj sociálneho rastu. Rovnako tak ich posilnilo, a keby túto skúsenosť nemali, neboli by dnes tým kým sú

(Long, 2019). Avšak ako aj väčšina ľudského správania aj nesuicidálne sebazraňovanie pomáha praktickým funkciám a objavuje sa v kontextoch, ktoré majú z tohto pohľadu zmysel. Jedinci so sebapoškodzujúcou skúsenosťou sú často stigmatizovaní. Bežne sa stretávajú s označeniami, že sú blázni, vyžadujúci si pozornosť alebo len manipulujú (Klonsky et al., 2011).

Hodgsonová (2004) realizovala výskum online formou v podobe hĺbkových rozhovorov. V jej záujme bolo okrem iného zistiť aké sú obavy zraňujúcich týkajúce sa ich jaziev a rán, ktoré prispeli k ich skrývaniu. Participanti uvádzali, že sa usilovali stigmatizácii vyhnúť rôznymi spôsobmi. Či už skrývaním jaziev odevom (dlhý rukáv, nohavice), vykonštruovanými spoločensky prijateľnými vysvetleniami pre jazvy zo sebapoškodzovania (nehoda) alebo aj vyhýbaním sa situáciám kedy by jazvy boli zreteľne viditeľné (plaváreň). Väčšina účastníkov mala za cieľ vyhnúť sa stigme, no časť z nich uviedla, že vyhýbať sa a skrývať to, nejde večne. Vo výsledkoch Longovej (2019) si respondentka napriek tomu, že na svoje sebapoškodzovanie nepozerala ako na niečo nesprávne tiež rany skrývala a na vysvetlenie si pripravila rôzne historiky. Tí, ktorí sa už rozhodli skončiť s tajnosťami hovorili, že sa cítili vinní za to, že používajú rôzne vymyslené príbehy toho čo sa im stalo a sú unavení, rovnako tak, že ich nebaví jazvy skrývať (Hodgson, 2004).

Lewis a Baker (2011) či Lewis spolu s Rosenrotovou a Messnerovou (2012) skúmali webové stránky a online komunikácie s témou nesuicidálneho sebazraňovania. Zo 71 webových stránok zahrnutých do výskumu približne 29,58 % obsahovalo pokyny prvej pomoci pre sebazraňovanie spolu s tým ako sa naň pripraviť (čistenie žiletky, vyčistenie rany). Takmer na polovici (50,70 %) stránok bolo ako sebazraňovanie možno skryť pred ostatnými (dlhé rukávy, spôsobiť si ranu na mieste, ktoré ide dobre skryť). Tento fakt bol očakávaný, no nanešťastie môže upevniť názor medzi sebazraňujúcimi, že o sebazraňovaní by sa nemalo hovoriť s ostatnými (Lewis & Baker, 2011).

Jazvy ako viditeľný prejav histórie sebapoškodzovania či čerstvé rany, ktoré nám naznačujú, že sa stále jedná o aktuálnu záležitosť. Bez ohľadu na to o ako staré zranenia sa jedná, ide o niečo čo je neustále s ich nositeľmi. Sebapoškodzujúci prežívajú širokú variabilitu pocitov ohľadne svojich jaziev. Ich vnímanie môže byť pozitívne, negatívne či protikladné.

Výskum, ktorý realizoval Lewis a Mehrabkhani (2015) tvorilo 53 príspevkov zo sebapoškodzujúcej komunity (diskusné fóra). Išlo prevažne o ľudí zo Severnej Ameriky či Európy. Priemerne 67 % každého online príspevku sa venovalo diskusii o jazvách.

Jazvy mali pre respondentov rôzne významy a dopady. Predstavovali významnú úlohu pri rozvoji pocitu seba samého, boli aspektom identity a chápania toho kým sa stali, prejavom pocitu odolnosti alebo vnútornej sily, tvorili dôležitú súčasť ich osobného či životného príbehu. Časť účastníkov ich vnímala ako osobný príbeh, no zastávala k nim skôr negatívny prístup z dôvodu hanby. Jedinci vyjadrovali tiež ťažkosti s jazvami - pocit neschopnosti prijať ich, pocity odporu a hanby za to, že ich majú. Čo sa týkalo ťažkostí s prijatím jaziev niekoľko účastníkov uviedlo, že sa to postupom času zmenilo, u iných prekážka v podobe hanby pretrvala. Prijatie so sebou nieslo zníženie hanby a obáv čo si o nich myslia iní, a tak skončilo aj ich skrývanie. Ukazovali sa tiež ambivalencie vo vnímaní jaziev. Od príjemných, negatívnych po zmiešané pocity. Fyzické stopy po sebapoškodzovaní ich obťažovali, hanbili sa za ne či nimi pohrdali (Lewis & Mehrabkhani, 2015). Jedinci starostlivo volili kedy a kde odhalia či skryjú svoje jazvy. Tí čo sa o jazvách vyjadrili pozitívne ich v určitých kontextoch skrývali tiež (Chandler, 2014).

Je dôležité získať prehľad o názoroch sebapoškodzujúcich na ich jazvy a chýbať pri tom nesmie porozumenie. Tieto subjektívne vnímania pravdepodobne súvisia s tým, čo si jedinci o svojich jazvách myslia a čo pri nich cítia, a preto pravdepodobne budú mať významnú úlohu. Dôležité je u nich zvyšovať povedomie o vplyve jaziev, najmä u tých čo sa snažia o uzdravenie. S ohľadom na možnosti intervencie je vhodné sa pýtať klientov na ich skúsenosť so sebapoškodzovaním priamo, no starostlivo. Dobré je začať všeobecnou otázkou či sú jazvy zo sebapoškodzovania, a potom sa snažiť zachytiť ako sú vnímané. Užitočné môže byť tiež sa opýtať napríklad na to ako by chceli vidieť svoje jazvy v budúcnosti. Ďalšie otázky, ktoré by bolo možné použiť uvádza Lewis vo svojej štúdii (Lewis, 2016).¹

¹ Lewis, 2016, 34, Tab. 1

EMPIRICKÁ ČASŤ

4 Výskumný problém, ciele výskumu a výskumné otázky

4.1 Výskumný problém

Ako laická, tak často aj odborná verejnosť jednoduchšie rozumie veciam, ktoré sú viac diskutované, dávajú zmysel alebo je možné ich reálne vidieť. To čo nepoznajú, nevedia si predstaviť a čo od toho čakať, vie vyvolať strach. Avšak strach tvorí strach. Prichádzajú obavy z reakcií okolia na jedincov stav, ktorý v ich očiach predstavuje často niečo divné, zlé či desivé. Nemusí byť ani tak desivé to, že sa niekto sebapoškodzuje ako to, že to vôbec robí, a tým prejavuje svoju odlišnosť od druhých. Bohužiaľ táto odlišnosť je vnímaná v negatívnom svetle. Stigmatizácia je veľká téma aj veľký problém celej spoločnosti. Jej prítomnosť komplikuje život jedincom v rôznych oblastiach života a otriasa ich identitou. Každý z nás sa pohybuje v iných kruhoch a zažíva rôzne skúsenosti. Rovnako tak pestré sú aj tie sebapoškodzujúcich. Príbehy, v ktorých došlo k odhaleniu ich sebapoškodzovania sa stretli s rôznymi odozvami. Práve vďaka ich pohľadu na ne môžeme lepšie porozumieť ich skúsenosti.

Hoci sa stigmatizácii venuje už väčšia pozornosť aj v rámci Českej republiky (napr. organizácia Na rovinu) stále to ešte nie je dost. Ide o náročnú problematiku a vyžaduje si to vytrvať v úsilí a viac rozšíriť pole pôsobnosti. Stretneme sa s väčším množstvom výskumov, ktoré sa týkajú tejto témy, no najmä v súvislosti s jednotlivými diagnostickými kategóriami. Často ide predovšetkým o práce zo zahraničia. Štúdií, ktoré sa venujú tejto oblasti v spojení so sebapoškodzovaním je minimum. Skúsenosť so sebapoškodzovaním sa ukazuje ako stále prítomná v populácii, a preto sa zdá podstatné túto problematiku v spojitosti so stigmatizáciou preskúmať. Vo všeobecnosti je téma stigmatizácie skúmaná hlavne kvantitatívne a chýba tak hlbšie poznanie jedincovho prežívania. Aj preto sa táto práca zaoberá kvalitatívnym výskumom, ktorý nám sprostredkováva jedinečné prípady skúsenosti sebapoškodzujúcich so stigmatizáciou. Kvalitatívny výskum nám má pomôcť porozumieť tejto oblasti a zodpovedať výskumné otázky.

4.2 Ciele výskumu a výskumné otázky

Hlavným cieľom výskumu je preskúmať fenomén stigmatizácie a sebastigmatizácie u zámerne sebapoškodzujúcich sa jedincov. Vedľajšími cieľmi tejto práce bolo porozumieť skúsenosti sebapoškodzujúcich so stigmatizáciou v spoločnosti a tiež so sebastigmatizáciou, ďalej ako stigma ovplyvňuje ich život a ako sa s ňou vyrovnávajú.

V rámci tohto výskumu sme si vymedzili nasledujúce výskumné otázky:

1. Aká je skúsenosť respondentov so stigmatizáciou?
2. Akými spôsobmi respondenti na stigmatizáciu reagujú a ako sa s ňou vyrovnávajú?
3. Ako stigmatizácia prispieva k vzniku a rozvoju sebastigmatizácie?

5 Metodológia výskumu

5.1 Metóda výskumu

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

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

5.2 Populácia a kritéria výberu výskumného súboru

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

Výskumný súbor kvalitatívneho šetrenia bol tvorený 6 respondentami, z nich 5 bolo žien a 1 muž. Všetci respondenti spĺňali kritéria tohto šetrenia, tzn. priama skúsenosť so sebapoškodzujúcim správaním (4 respondenti sa sebapoškodzujú aj v súčasnej dobe, 2 majú skúsenosť so sebapoškodzovaním z minulosti), súčasný vek respondenta je minimálne 18 rokov a respondent je ochotný otvorene a osobne hovoriť o svojom období sebapoškodzovania.

Do nášho výskumu boli respondenti vybraní metódou samovýberu, ktorá je založená na princípe dobrovoľnosti. Je potrebné prejaviť záujem zúčastniť sa a nie len súhlasiť s predloženou možnosťou. Sám jedinec reaguje napr. na výskumníkov inzerát (Miovský, 2006).

Pre výber vzorky sme si stanovili tri kritéria, ktorým by mali respondenti vyhovovať. Jedným z kritérií bol vek respondentov, ktorý mal byť minimálne 18 rokov, ďalším kritériom bola minulé či aktuálne prebiehajúca priama skúsenosť so sebapoškodzovaním a posledným kritériom bolo aby respondent bol schopný o období svojho sebapoškodzovania a situáciách s ním spojenými hovoriť osobne a otvorene.

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

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

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

5.3 Výber a charakteristika výskumného súboru

Oslovenie respondentov pre kvalitatívne šetrenie prebiehalo tromi spôsobmi. Ako prvých sme oslovili respondentov, s ktorými sme spolupracovali na výskume našej bakalárskej práce „Zámerné sebapoškodzovanie“. V ďalších prípadoch sme umiestnili príspevok na internete. V prvom prípade umiestnenie bolo prostredníctvom sociálnej siete Facebook, kde sme prosili o šírenie nášho inzerátu medzi svojimi priateľmi. Ďalšie umiestňovanie príspevku bolo do diskusných fór na témy sebapoškodzovania a na blogy o tejto téme. Teda išlo o miesta, ktoré sa zdali vhodné na umiestnenie nášho príspevku a predpokladali sme vďaka nim prísun potenciálnych respondentov. Z pôvodných respondentov záujem sa znovu zúčastniť prejavili 4. Z príspevku umiestneného na stránkach Facebooku sme nezískali žiadneho respondenta. Príspevkov na diskusných fórach a blogoch priniesol 5 reakcií - 4 uviedli, že sa zúčastnia, no 1 svoju účasť odvolal pri dohadovaní termínu stretnutia (respondent uviedol, že si uvedomil, že sa na rozhovor necíti, že by to bolo preň náročné) a 1 prestal komunikovať. Týmto spôsobom sme teda získali 2, ktorí sa zúčastnili výskumu.

Súčasťou oslovenia respondentov bola prosba o spoluprácu na výskume a poskytnutie rozhovoru, krátke predstavenie témy, v stručnosti priebeh výskumu a informovanie o zaistení anonymity. V závere sa nachádzal kontaktný email ak by sa čitateľ príspevku mal záujem dobrovoľne zúčastniť výskumu a chcel sa dozvedieť viac. Vzhľadom na citlivosť témy sme neočakávali príliš veľkú odozvu na umiestnené príspevky. K týmto očakávaniam prispel aj fakt, že niektoré fóra/diskusie či blogy boli už nejakú dobu neaktívne. Získali sme napokon 6 respondentov. Pre prehľadnosť uvádzame v tabuľke ich základné charakteristiky. Mená sú fiktívne a vek je orientačný.

Tab. 1: Základná charakteristika respondentov

Meno	Vek	Status	Začiatok	Forma	Frekvencia	Suicídálne pokusy	Diagnóza
Monika	19	študent	14 r.	rezanie	denne viackrát	Áno (5x)	F50.0
Anežka	18	študent	12 r.	rezanie	premenlivé v závislosti od obdobia	Áno (1x)	F92.0
Laura	34	nezamestnaná	10 r.	rezanie	premenlivé v závislosti od obdobia	Áno (1x)	F32.0
Erika	23	študent	11 r.	rezanie pálenie	premenlivé v závislosti od obdobia	Nie	F32.0, F41.0
Soňa	30	pracujúca	13 r.	rezanie pálenie bitie	premenlivé v závislosti od obdobia	Áno (5x)	F25.0
Patrik	28	študent	20 r.	rezanie pálenie bitie nadmerné športovanie	premenlivé v závislosti od liekov	Áno aj nie (1x)	F60.3 hraničný typ

Vnímame, že výskumný súbor nie je dostatočne veľký, ale nepodarilo sa nám zohnať viac respondentov. Určitý vplyv na tom majú aj zvolené kritéria. V priebehu hľadania respondentov sme boli v kontakte s viacerými ľuďmi, tí však nespĺňali vyššie spomínané

kritéria, hlavne čo sa týka veku a osobného, otvoreného rozhovoru. Ako príčinu nesplnenia kritéria týkajúceho sa rozhovoru vnímame aj citlivosť témy. Nakoľko je sebapoškodzovanie často činnosťou, ktorá je skrývaná, je náročnejšie pripadných respondentov osloviť či vyhľadať, keďže je len málo blízkych ľudí, ktorí o tom vedia. Ideálnym spôsobom nie sú práve ani fóra či blogy vzhľadom na ich aktuálnosť a na fakt, že ľudia, ktorí so sebapoškodzovaním bojovali v minulosti úspešne tieto stránky zväčša už nenavštevujú, a tiež nie každý musí byť práve ochotný zdieľať svoj príbeh na internete. S počtom respondentov nebolo možné dosiahnuť reprezentatívnosť. Avšak vzhľadom k forme a cieľom tohto výskumu sme nepovažovali reprezentatívnosť súboru za prioritnú.

Napriek našim očakávaniam sme napokon s množstvom respondentov spokojní.

5.4 Metóda získavania dát

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

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

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

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

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

rozhovoru, respondent mal priestor na vyjasnenie si prípadných nejasností a opäť boli pripomenuté práva respondenta. Respondent mal právo neodpovedať na danú otázku, kedykoľvek prerušiť či ukončiť rozhovor a taktiež mal právo kedykoľvek odstúpiť od účasti na tomto výskume. Pred samotným rozhovorom boli respondenti rovnako oboznámení s tým, že rozhovor bude zaznamenávaný na diktafón, s čím súhlasili a bola im zaručená anonymita. Než sme pristúpili k rozhovoru samotnému, tak sme respondentom chvíľu kládli jednoduché, príjemné otázky aby sa tzv. „prelomili ľady“ a situácia tak bola pre obe strany príjemnejšia. S pôvodnými respondentami sme prebrali v skratke ako sa situácia u nich vyvinula od nášho posledného stretnutia. Pri nových respondentoch sme sa porozprávali tiež na tému sebapoškozovania a ich skúsenosti s ňou. Jej pozadie by nám mohlo chýbať pri porozumení odpovediam na blížiacie sa otázky. Nešlo o rozhovory do takej hĺbky ako pri bakalárskej práci, no respondenti dostali dostatočný priestor na vyjadrenie sa. Dĺžka rozhovorov sa u jednotlivých respondentov líšila.

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

Dôležitá je trpezlivosť. Niekedy sa to najzaujímavejšie dozvieme po chvíli ticha. A preto, na začiatok rozhovoru bola položená jedna akoby štartujúca otázka, ktorá mala respondentovi umožniť začať rozprávať o svojej skúsenosti so stigmatizáciou od informácií, ktoré chcel a považoval za dôležité. Následne rozhovor pokračoval pokladaním otvorených otázok z pripravenej osnovy. Dôležité je nechať aj priestor pre respondentove myšlienky a rozvinúť tak aj neočakávané témy.

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

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

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

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

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

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

5.5 Metóda analýzy a spracovania dát

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

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

Počas analýzy sa výskumník vzdáľuje od respondenta a do analýzy dáva viac zo seba. Výsledok výskumníkovej analýzy je výsledkom spoločného snaženia, nakoľko to

čo pochádza z výskumníka je spojené s respondentovou prežitou skúsenosťou (Smith et al., 2009).

5.6 Etické problémy a spôsob ich riešenia

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

Každý rozhovor, bol zaznamenávaný pomocou diktafónu, a potom bol prepísaný prostredníctvom „Listen N Write“ do elektronickej verzie v podobe zhrňujúceho protokolu. Rozhovory trvali v rozmedzí 1 hodiny 10 minút a 2 sekúnd až 2 hodiny, 16 minút a 25 sekúnd, podľa časových možností respondentov a ich ochoty podeliť sa o informácie k téme rozhovoru. Čas rozhovoru sme nijak neobmedzovali a vždy sme sa prispôbovali možnostiam respondentov.

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

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

6 Výsledky

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

Medailóny respondentov

Na začiatok jednoducho predstavíme respondentov s ich prvým stretnutím sa so sebaoškozovaním. Ich sebaoškozujúcu skúsenosť nie je možné vynechať v nami skúmanej problematike, nakoľko ona ich priviedla k ďalšej skúsenosti, a to so stigmatizáciou.

Monika má 19 rokov, je študentkou strednej školy, odkedy si pamätá bola šikovaná, nebola spokojná so svojim vzhľadom a k sebaoškozovaniu sa dostala potom ako sa vďaka diagnostikovanej mentálnej anorexii dostala do nemocnice. Mentálna anorexia jej bola diagnostikovaná vo veku 12 rokov. Predchádzalo tomu obdobie, kedy zámerne hladovala, a potom bola zas nútená priberať. Keď bola hospitalizovaná vo svojich 14-tich rokoch, tak tam stretla tú „správnu partiu ľudí“, ktorí jej boli inšpiráciou v sebaoškozovaní. Odopreté hladovanie pre ňu predstavovalo náročnú situáciu, a tak si musela nájsť inú kompenzáciu. Tou sa stalo práve rezanie.

Anežka má 18 rokov a je študentkou strednej školy. Jej prvé porezanie bolo náhodné a bezdôvodné v 11-tich rokoch. Spomenula však, že nemala práve najlepšie detské zázemie. Rodičia sa rozviedli - mama to nezvládala a zo strany otca došlo k odcudzeniu. Ďalšia rana však už neprišla len tak. Mama je „nervná“ a jej cholerickú povahu sprevádzal ako krik tak aj fyzické útoky. „Rozbuškou“ pre siahnutie po žiletke bola najčastejšie ona či jej súčasný partner a ich hádky. Okrem toho si však myslela, že je od narodenia divná a že má nejakú psychickú poruchu (k stanoveniu diagnózy došlo nedávno).

Laura má 34 rokov a je matkou dvoch detí. Aktuálne nezamestnaná, s II. stupňom invalidného dôchodku. K sebapoškodzovaniu sa ako prvý raz dostala vo veku 10 rokov. Obdobie svojho začiatku aj jeho ďalšieho pokračovania opisovala ako ťažký život, ktorý nevládala. Prišlo to so zneužitím matkiným priateľom. Jediná osoba, ktorá jej bola v tých časoch oporou jej stará mama dostala mozgovú príhodu a na Laure ostalo starať sa o ňu, o brata a dve domácnosti nakoľko to jej matka nevládala. Popri tom ju matka celé detstvo urážala, že sa nemala narodiť, lebo jej tým pokazila život, nebola pre ňu dost' dobrá a tiež jej zazlievala, že obvinila jej partnera zo zneužitia. Správanie pretrvávalo aj v dospelosti, kedy už teraz Laurin bývalý manžel ju napádal a pokúsil sa podpáliť ich deti. Z každej strany a v každej oblasti bol na ňu vyvíjaný tlak. Všade sa objavoval nejaký stresor, tak hľadala spôsob ako ten tlak uvoľniť. S tým je práve pomáhalo rezanie, ktoré jej okrem iného nahrádzalo aj slzy.

Erika má 23 rokov, je študentkou a udáva dve obdobia jej začiatku so sebapoškodzovaním. Prvé začalo aj skončilo vo veku 11 rokov, kedy si po hádke s mamou spôsobila rezné rany nožom. Skôr to správanie pripisovala puberte a vtedajším búrlivým pocitom. Druhé obdobie začalo vo veku 13 rokov. V tej dobe sa so sebapoškodzovaním potýkala, aj jej veľmi dobrá kamarátka, a tak sa vlastne k tomuto správaniu opäť vrátila.

Soňa má 30 rokov, je pracujúca. Za jej „prvý raz“ môže inšpirácia článkom v časopise Top dívka. Tvrdí, že by ju nenapadlo niečím do seba rezať. V časopise sa síce dočítala, že to ľudia nemajú napodobňovať, avšak v opise stavov, na ktoré tento spôsob správania pomáhal, našla situácie, ktoré zažívala a tak to skúsila. Začala s tým, keď mala 13 rokov. V tom veku už mala za sebou taktiež prvý pokus o samovraždu. Za jej náladami stojí diagnóza – Schizoafektívna porucha zmiešaného typu. V tom období mala depresie, nepáčil sa jej tento svet v ktorom žije a i.

Patrik má 28, v súčasnosti je ešte študentom. Asi vo veku 17 rokov sa uňho objavili prvé psychické problémy ako napr. sociálna fobia a zmeny nálad. Od tej doby navštevoval psychologičku. K jeho prvému ublíženiu si došlo v jeho 20-tich, keď sa s ním rozišla prvá priateľka. Spomenul nám, že, keď má pocit, že je sám, tak vtedy si ubližuje. Má problém so znášaním samoty a tiež bojuje so suicidálnymi myšlienkami. Okrem toho bol citlivý aj na tému psychického zdravia. Vtedy sa dokáže na ľudí hneď uraziť a nahnevať. K sebapoškodzovaniu sa dostal tak, že nechcel spáchať samovraždu, ale chcel aby ho ľudia začali brať vážne. Chcel im dať najavo ako sa cíti, lebo blízki mu neverili. Manifestačne siahol po žiletke a porezal si obe ruky. Toto všetko prechádzalo k tomu aby ho konečne okolie

vnívalo. Vo výsledku tohto jednanja bola Patrikovi novo stanovená diagnóza - Emočne nestabilná porucha osobnosti hraničného typu.

Z našich šiestich respondentov štyria uviedli, že sebapoškodzovanie je u nich ukončené. V priebehu rozhovorov sme však mali možnosť zistiť, že medzičasom sa správanie vyskytlo u dvoch z nich, a ďalší nevníмали to čo robili za sebapoškodzovanie. Traja respondenti za svoj koniec so sebapoškodzovaním považovali to, že skončili s rezaním sa. Jedna respondentka nám uviedla v súvislosti s jej chápaním konca so sebapoškodzovaním, že nevidí zmysel v pokračovať v ňom, lebo už nemalo rovnaký efekt ako zo začiatku. Dve respondentky spomenuli, že správanie zapríčinilo zhoršenie vzťahov doma a to nechceli. Z toho jedna respondentka mala strach, že kvôli sebapoškodzovaniu príde o deti. Vyhrážala sa jej tým jej matka a tiež psychiater. Každý z respondentov mal snahu o nájdenie a využívanie inej formy, ktorá by im umožnila skončiť so sebapoškodzovaním.

6.1.1 Sebapoškodzovanie „očami druhých“

Pohľad na sebapoškodzujúce správanie druhými ľuďmi tvorí podstatnú zložku vzniku stigmatizácie. Snažili sme sa zistiť aký pohľad má spoločnosť na toto správanie očami našich respondentov. Okrem spoločnosti sme sa zaujímali aj o ich bližšie okolie (častejší kontakt, blízkosť) a ich vnímanie sebapoškodzujúceho správania. Bolo by možné zovšeobecniť to len na pohľad spoločnosti, no skúsenosť respondentov sa v niečom líši - spoločnosť verus blízke okolie.

Spoločnosť

Spoločnosť predstavovala ľudí bez ohľadu na to či respondentov poznajú, majú vzťah, kontakt a pod. Teda charakteristiky, ktoré by mohli ovplyvniť názor nie len kvôli sebapoškodzovaniu, ale aj cez reálnu osobnosť respondentov.

Sebapoškodzovanie očami spoločnosti je podľa respondentov považované jedným slovom za „zlé“. Ide najmä o niečo čo nie je normálne (2), je hrozné (2) a hlúpe (3). Okrem toho bolo však spomenuté, že je brané za srandu (1), hanbu (1), nedokonalosť (1), módnny výstrelok (1) či „emo“ (1). Uvedené boli aj odpovede, ktoré sa vyjadrovali k motivácii správania z pohľadu spoločnosti a pri ich rozprávaní boli respondenti aj podráždení – pozornosť (2), zviditeľnenie (1) a jedna respondentka hovorila o neoddeľovaní sebapoškodzovania od samovražedných tendencií. Monika cíti nezaujím pozeráť na to hlbšie „... *proste súdia knihu*

podľa obalu, že každý... je tá istá čelad'. Že proste nemôžem mať naozaj problémy, že je príliš mladý na to, neodžil si tolko...“. Erika zas hovorí, že, „... *automatická reakcia je, že ty to robíš, pretože sa chceš zabiť. Alebo je tam ten strach z toho, že by to mohlo prejsť v nejaké samovražedné myšlienky alebo pokusy.*“ Teda nešlo o bagatelizovanie ako u Moniky, no z jej pohľadu o zveličenie situácie. Avšak spolužiaci v škole u Moniky sa hrali a kreslili si červené čiary na ruku, brali to ako nič.

Okrem toho ako spoločnosť vníma sebapoškodzujúce správanie má aj svoj názor na jeho užívateľov. Každý z respondentov (6) vyjadril skutočnosť, že sú urážaní (značkovanie) a považovaní za nedostatočných (2). Typickými boli označenia ako blázon (3), magor (2), blbec (2) a divný (1). Soňa sa však pozastavila nad tým, prečo by mali byť blbí. Hovorí: „... *myslím, že je to samozrejme úplný nezmysel. Predsa len to nemá s inteligenciou vôbec čo robiť.*“

Inak sú neschopní (2), slabí (2), nespoľahliví (1), nevyspytateľní (1), „vadni“ (1) a jednoducho nemajú všetkých päť pohromade, lebo sú chorí na hlavu (1). Okrem vyjadrenia slabosti ide o Patrikove odpovede. Ten ich však udával čisto hypoteticky. Zdôraznil, že to predpokladá a nikto mu to reálne nepovedal. U ostatných respondentov boli všetky odpovede pre túto oblasť ovplyvnené ich osobnou skúsenosťou.

Blízke okolie

Blízke okolie predstavovalo ľudí, s ktorými respondenti prichádzajú častejšie do kontaktu, a to aj dennodenného. Ľudí, s ktorými majú určitý vzťah a kontakt – tvoria súčasť života respondentov určité obdobie. Išlo hlavne o rodinu, priateľov, partnerov, spolužiakov, učiteľov, kolegov a ďalších.

Správanie bolo považované ako zlé (3), v pohode (2) a nenormálne (1). V pohode bolo vďaka porozumeniu pre zažitú podobnú či rovnakú skúsenosť. Tak tomu bolo napríklad v prípade Soni (rodina a priatelia) a Moniky (priatelia). Soňa spomenula, že „*my sme takí magori trošičku všetci*“. U Eriky to tak brali, keď sebapoškodzovanie patrilo do jej minulosti, akceptovali to - „*Mám svoje problémy, okej. Každý nejaké máme*“.

Anežka spomenula, že sa u blízkeho okolia stretla s tým, že jej správanie nebrali na ľahkú váhu, no u Eriky to brali až príliš vážne a očakávali fatálne následky. Naopak Monika uviedla, že určitú dobu jej správanie veľmi zjednodušovali. A to jej stav zhoršovalo, nakoľko ho určitú dobu využívala ako spôsob sprostredkovania informácie, že má problém. Patrik hovoril o nazeraní naň pomedzi prsty, a tak sa snažil situáciu si odľahčiť tým, že začal vtipkovať „*ááá, mám papiere od hlavy*“.

Aj v tejto skupine sa stretávame s označovaním – magor – u Laury sa jej ho dostávalo od matky. Monika pre zmenu hovorí, že učiteľ na ňu zakričal, že „*patrím na psychiatriu*“.

Z našich respondentov štyria uviedli, že názor ostatných nepôsobil na ich sebapoškodzovanie. Dvaja spomenuli, že to však ovplyvňovala skutočnosť, či správanie bolo u nich aktuálne alebo minulosť. Laura povedala, že jej bolo úplne jedno kto si čo myslí, čo sa zhoduje aj s vyjadrením Anežky. V čase, keď sa aktívne sebapoškodzovala si to neuvedomovala. Soňa si však myslí, že človek, ktorý sa naďalej sebapoškodzuje „*by mu to mohlo asi tú paseku v hlave narobiť väčšiu*“. Názory mali vplyv na Eriku a Patrika. Anežka však istú dobu brala svoje správanie ako problém, pretože to tak brala spoločnosť. Erika „*som sa s tým snažila prestať alebo som nejakým ľuďom sľúbila, že s tým prestanem*“, teraz už to nevníma nijak. Patrik povedal, že v sebapoškodzovanie vyústil fakt ako sa to berie, lebo vie ako to je a niekoľkokrát ho podráždila reportáž v televízii. Problémy s psychickým ochorením v nich boli vykresľované ako niečo čo sa dá jednoducho vyriešiť - „*dakedy stačí trošku pozitívneho myslenia*“. Okrem toho Patrik, ale aj Soňa spomenuli, že ľudia často vidia hneď to najhoršie nejakú ťažkú schizofréniu, ľudí v kazajke a pod. Čo pripisujú dlhodobému vplyvu médií – filmom a seriálom s nevhodne prezentovanou problematikou.

Erika vyjadrila v podstate ako jediná aj optimizmus ohľadne vývoja názoru na sebapoškodzovanie a ľudí, ktorí ho využívajú. „*... sa to v poslednej dobe trochu mení, že tá everness alebo to ako to ľudia vnímajú je trochu lepšie, všeobecne o psychickom zdraví...*“ neboli schopní tomu porozumieť, prečo by to niekto využíval ako spôsob riešenia problémov či pomoci. Reagovali negatívne, že sú magori, že to robia „*posledných 5 rokov, tým ako tá everness rastie, tak tie reakcie sú také menej radikálne, že síce to tí ľudia nechápu, ale nejakým spôsobom dokážu to aspoň neodsudzovať v prítomnosti toho človeka*.“ Na záver tohto rozprávania však uviedla, že stále sú ľudia, ktorí to stále nechápu. Rovnako tak ďalší respondenti (3) vyjadrili, že vždy budú ľudia, ktorí to nebudú chcieť pochopiť a nepochopia.

6.1.2 Životná skúsenosť

Okrem toho, že sme zisťovali aký je názor spoločnosti a blízkeho okolia respondentov na sebapoškodzovanie nás zaujímalo aj aký pohľad zaujali samotní sebapoškodzujúci.

Tab. 2: Vnímanie sebapoškodzovania sebapoškodzujúcimi

	Monika	Anežka	Laura	Erika	Soňa	Patrik
Osobnostný rast					x	x
Pomoc	x		x	x	x	
Prah bolesti	x				x	
Pripomienka	x				x	x
Skúsenosť		x			x	
Slabosť		x	x			x
Súčasť			x	x	x	x

Prítomné boli aj unikátne odpovede ako problém, posledný stupeň, hanba, estetická vada, prešľap a otravné. Všetky tieto odpovede trvali určité obdobie a dnes už tak nie sú vnímané. V prípade problému išlo o to, že okolie sebapoškodzovanie tak vnímalo, a preto istú dobu ho tak brala aj Erika. Pre Patrika jazvy predstavovali estetickú vadu a nerád si vyzliekal tričko.

Traja respondenti spomenuli, že svoju skúsenosť vnímajú pozitívne, aj keď uviedli, že to nechcú úplne tak povedať, ale nebolo to možné inak vyjadriť. Patrik si myslí, že táto skúsenosť mu pomohla v jeho osobnom raste, lebo prehodnotil niektoré veci a začal si aj viac vážiť život. Anežka povedala, že „beriem to ako skúsenosť, veľmi veľkú do života, ... Samozrejme to beriem aj tak, ako čierne obdobie môjho života, ktoré som rada, že je za mnou. Ja sa na to fakt pozerám celkom dosť pozitívne...“. Keď správanie aktívne prebiehalo prišlo jej ako hrozne otravné a slabé. Preto ho aj skrývala.

Monika „... neviem si predstaviť, že by som sa rezala, lebo to by zase bolo, že som blázon a proste zase by tam bolo to nepochopenie.“ Okrem toho spomenula, že svoj prah bolesti spoznala v časoch, keď hľadala svoje slabé miesto na tele. Našla ho však v bolesti iných, ktorí tak reagovali na jej sebapoškodzovanie. Pre Soňu prah bolesti znamená vďaka sebapoškodzovaniu, že ho má vyšší než ostatní ľudia. Erika nehovorila o prahu bolesti, ale tiež cítila, že svojim správaním ubližuje druhým. „... snažím sa svoje stavy riešiť a niekedy proste neviem ako to urobiť lepšie, ale to mi príde, že proste je v rámci medzí v poriadku, že proste občas človek na to nemá silu alebo to nemôže urobiť lepšie.“ Soňa si uvedomuje, že nejde o zdravý spôsob, ale tiež vraví, že ktorý vlastne je. Toto je spôsob, ktorý sa naučila, a tak ho využívala. Nieкто, kto nemá túto skúsenosť to môže riešiť iným spôsobom. „... že keby som nemala túto tieto skúsenosti, tak ja neviem tak by som sa išla asi ožrať.“ Laura tiež nerozumie, prečo nieкто kto si rieši svoje problémy pitím, cigaretami alebo iným je tolerovaný na rozdiel od sebapoškodzujúcich.

Respondentom po sebapoškodzovaní ostali jazvy. Aktuálne ich berú ako súčasť seba a svojej minulosti (3), nehanbia sa za ne (2) a nevadia im (2). Nie sú fascinujúce (1), sú pripomienkou (2) a boli nevyhnutné (1). Anežka by ich nechcela zmazať, lebo jej život sa tak zmenil k lepšiemu a zmenila sa aj ona. V minulosti sa však s nimi cítila menejcenná. Patrik by bol radšej keby to nerobil. Nechváli sa nimi ako trofejami. Je s nimi zmierený, no sú preň zlyhaním z minulosti a prítomná býva ešte občas hanba, keď si má vyzliecť tričko.

6.1.3 Zmena vnímania

Zaujímalo nás čo vnímajú respondenti, keď ich zmenila ich vlastná skúsenosť so sebapoškodzovaním. Zámerné sme nazvali túto kapitolu „Zmena vnímania“ nakoľko sa táto skutočnosť neraz medzi respondentami ukazovala.

Každý z respondentov (6) hovoril o zmene vnímania. Či už išlo o vnímanie ich samých, ľudí okolo alebo sveta. U respondentov sa ukázalo, že vďaka ich osobnej skúsenosti so sebapoškodzovaním sú všímavejší (3), vedia ako lepšie v takýchto situáciách reagovať, keď sa to deje niekomu inému (3), tiež je tam tendencia túto situáciu riešiť a rozprávať sa na túto tému (2) a majú lepšie porozumenie (3). Laura povedala, že si menej pripúšťa to čo okolie hovorí, Soňa necíti potrebu vysvetľovať a obhajovať sa, že je v poriadku. Erika povedala. „... *je to jeden z tých faktorov čo viac, mi pomáhali svojim spôsobom stáť si za sebou, že je to niečo čo si musím občas práve obhájiť alebo ľudí ukludniť, alebo kvôli tomu konfrontovať niektoré svoje pocity a vysvetľovať ich.*“

Prítomná je aj zmena postoja k životu - uvedomili si to čo je dôležité, a tak si vážia život a zdravie (3). „... *možno, že je to aj vekom, možno som dospel. Neberiem ho ako samozrejmosť ten život, neberiem zdravie ako samozrejmosť, hej ani fyzické ani to psychické.*“ (Patrik)

Soňa si viac váži seba a rovnako ako Anežka popisujú, že sa naučili a učia mať sa rady a sú so sebou spokojnejšie. Nadväzovanie kontaktov je lepšie (1), nadväzujú hlbšie priateľstvá (1) a ostávajú tí lepší priatelia (2).

Erika hovorí, že sa naučila lepšie komunikovať a zvládne vysvetľovať aj ťažké veci. Pre Soňu je zas jednoduchšie sa zdôveriť a požiadať o pomoc. Skúsenosť ich zocelila (1) a posilnila (2). „... *človek sa nenechá len tak niečím zlomiť...*“ (Monika)

Tiež sa vyskytli ďalšie jedinečné odpovede ako osamostatnenie, nepozeranie na ľudí z vrchu – správať sa s úctou, prestať sa hanbiť, citlivejší, premýšľavý, konfrontovanie pocitov.

6.1.4 Obavy a reakcie

Niektoré veci si radšej nechávame pre seba samých. Stoja za tým obavy z nepríjemných reakcií, ktorým sa chceme vyhnúť. Aj sebapoškodzujúci môžu mať obavy.

Obavy mali všetci respondenti (6). Pramenili z toho, že nevedia kto si čo myslí (2), neporozumenia (2), kritiky (1), odstupu druhých (1) či ich zaťažovania (1). Ale tiež z negatívnych skúseností (4). Monika to vnímala tak, že by išlo o „*napadnutie môjho slabého miesta*“. Soňa však povedala, že by nehovorila o obavách, lebo jej to príde ako silné slovo. Monika a Soňa chceli aby si ich sebapoškodzovania niekto všimol, aby im pomohol. V Monikinom prípade tiež, aby ju nechali tak a viac jej nerobili zle. Avšak napriek tomu svoje správanie skrývali aj ony. V dnešnej dobe ich zámerne neskrýva ani jeden z nich. Z odstupu má obavy Patrik, nakoľko už s tým má skúsenosť. „*Vedeli akoby len o tom sebapoškodzovaní a bol odstup a daktorí vedeli hlavne túto hraničnú, hej lebo som mal dlhé rukávy alebo som mal ruky dajak inak asi a si to nevšimli asi alebo to neriešili, neviem a tiež bol odstup.*“

Zaujímalo nás s akými reakciami na sebapoškodzovanie sa stretávajú naši respondenti potom ako skúsenosť s ním vyjde na povrch. Či už sa so svojim sebapoškodzovaním zverili sami alebo si to okolie všimlo. Okrem toho sme však sledovali aj to aká spätná väzba na reakciu prišla od respondentov.

Tab. 3: Reakcie na odhalenie či oboznámenie so sebapoškodzovaním

	Monika	Anežka	Laura	Erika	Soňa	Patrik
Bagatelizácia	x	x			x	x
Kontrola rúk			x	x		
Lútosť		x	x	x	x	
Nezáujem	x	x	x		x	
Nepochopenie		x	x	x	x	x
„Nerob to“	x	x		x		x
Označovanie, urážky	x	x	x	x	x	x
Podpora				x		x
Pochopenie	x		x		x	x
Poznámky				x	x	x
Pozeranie po rukách			x			x
Ochraňovanie	x			x		
Strach		x		x		x
Výsmech	x				x	
Zvedavosť	x	x	x	x	x	x

Okrem vyššie uvedeného boli aj jedinečné odpovede ako hystéria, úcta, navádzanie sa, hádzanie do jedného vreca, prerušenie kontaktov, odstup, vyhrážky či zahovorenie.

„Hystéria, ... je to ako keby niekto niekomu povedal, že má rakovinu. Že sa bojí, že človek sa proste pomaly zabíja. Že ho tým stráca, že to už nie je ani ten človek, správa sa úplne inak a ihneď to chce vážne riešiť. Akoby chcel na to nejaký liek hneď. Ako je na rakovinu chemoterapia, oni by chceli hneď aby zabrali antidepresíva, ale pri tom tomu treba čas.“ Aj takto opísala svoju skúsenosť Monika.

Všetci respondenti (6) získali po odhalení svojho sebapoškodzovania skúsenosť s označením – blázon (2), blbec (3), magor (2), „emák“ (2), „Fdačo“ (1), divný (1). Za bagatelizovaním sa skrývali upokojovania ako, že respondent má síce problém, ale to sa dá jednoducho spracovať či ako uviedla Anežka *„... že stačí si povedať som šťastná a si šťastná, nie... Nech si proste poviem, nech som šťastná, nech sa usmievam, nech s tým proste prestanem, že to nemá zmysel.“* Zvedavosť sa prejavovala mnohými otázkami ako čo to je, kde sa tie jazvy zobrali, či bude taký zjazvený respondent chodiť... Jednoducho chceli vedieť o tom viac. Erika uviedla, že jeden z jej priateľov mal dojem, že toto správanie je typické len pre 13-ročné dievčatá, ktoré chcú pozornosť a riešiť problémy. Čím sa otvorila debata o tom, že cieľová skupina je oveľa širšia. Respondentom bola prejavovaná ľútosť najmä od priateľov

a partnerov (4) a rodiny (2). Cítili sa pochopení ľuďmi, ktorí majú podobnú či rovnakú skúsenosť (5). Pri podpore išlo o ponuku, že sa dotyčný má na koho obrátiť – zavolať, napísať. Najčastejšie išlo o priateľov (2). Úcta príjemne prekvapila Anežku. „... *proste poznamenali, že som si asi toho veľa prežila, a ako, cítila som z nich takú úctu, možno taký akoby malý obdiv. Akoby... keď sa povie, že niekto obdivuje Boha,... že ako proste sa na mňa nepozerajú ako na nikoho zlého, ale na niekoho kto dokázal prekonať niečo zlé, kto sa dokáže usmievať a baviť sa ďalej.*“

Reakcia respondentov, keď ich sebapoškodzovanie bolo odhalené viedla v určitých situáciách k výhovorkám (4) a pretvárke (2). Stávalo sa tak v časoch, keď ich sebapoškodzovanie bolo aktívne, necítili sa na debatu o tom, prípadne išlo o ľudí, s ktorými sa o tom nechceli rozprávať a nechceli aby to riešili. Išlo o výhovorky ako, že sa poškriabali na záhrade, o plot pri ovciach, o krík, spravila to mačka alebo ani nevedia ako sa to stalo. Keď nevyužili výhovorky vedeli rozhovor otočiť na vtip (2). Išlo o momenty, kedy si neboli istí ako ľudia zareagujú na ich príbeh a mali strach. Či už povedali nadnesene, že boli mladí a blbí, sú nešikovní alebo, že majú papiere na hlavu. Napriek tomu ich reakciou (6) býva aj rozvíjanie rozhovoru a snaha dotyčnému vysvetliť čo za tým stojí. Soňa a Anežka si situáciu, keď už dotyčný nerozumie, nesnaží sa ani a ešte ich aj urazí povedia, že on je ten kto je „mimo“. „... *to bol proste tak hlúpy človek.*“ (Anežka). Soňa si pomyslela „... *ten človek je proste kretén, ktorý nevie vôbec o čom hovorí...*“

6.1.5 Zdôverenie sa

Zdôverenie sa niekomu ovplyvňujú obavy, strach z reakcií či iné negatívne očakávania. Keď už sa človek napokon rozhodne s niekým porozprávať o svojom tajomstve, neznamená to automaticky, že všetko z neho opadne a diskutuje sa mu uvoľnene. Aj preto sme sa snažili zistiť aké je pre respondentov rozprávať sa o sebapoškodzovaní.

Naši respondenti uviedli, že na to ako sa im o sebapoškodzovaní hovorí má okrem iného vplyv či je pre nich toto správanie aktívne, či ide o minulosť. V prípade, že išlo o ukončené správanie alebo ho považovali za ukončené sa im o ňom rozprávalo ľahšie (5).

„*Vidím, že na ľudí to pôsobí úplne inak, keď si myslia, že je to tri roky stará záležitosť, že je to minulosť. Oni sa nemusia stretávať s nejakými silnými emóciami, cítim z nich, že sa im akoby ul'avi, keď poviem, že je to minulosť a správajú sa ku mne úplne inak. Cítila*

som sa a cítim sa potom uvoľnenejšie. Tiež to bude kvôli tomu že majú menšiu tendenciu ma súdiť.“ (Anežka)

Erika v tom vidí, že „znižuje to tú bariéru, že sa bojím toho, aby sa ľudia o mňa báli, keď je to uzatvorená vec, minulosť, toľko nevyšilujú.“

Pokiaľ správanie nebolo ukončené bola tam nechť o tom hovoriť (1) a vysvetľovať (1), obavy zo stretu s reakciami (2) či z postoja človeka (1) k tejto téme.

Taktiež respondenti rozlišovali medzi rozhovorom všeobecne o sebapoškodzovaní a osobnej skúsenosti so sebapoškodzovaním. Štyria respondenti sa pri rozprávaní o sebapoškodzovaní vo všeobecnosti cítia lepšie. Je to pre nich jednoduchšie. V opačnom prípade vnímajú čo k tomu viedlo (1), musia „otvárať“ svoje pocity (1) a vybavujú si to najhoršie (2). Ďalší dvaja však hovorili, že je to pre nich nemožné oddeliť. Aj všeobecný rozhovor na túto tému im pripomína ich skúsenosť.

Patrik o tom aké je to u neho, keď ide o všeobecnú debatu o sebapoškodzovaní a keď ide o jeho skúsenosť: „*Tak v pohode, lebo mám pocit, jak keby som filozofoval, lebo to ma baví... ale keď mám hovoriť už o svojich problémoch, ... tak to už sa mi rozpráva ťažko, lebo... mám pocit, že už jak keby stále som si vybavoval to najhoršie...*“ Erika nám vymenovala tri výhody, ktoré jej prináša rozhovor, keď ide o tému všeobecne. Išlo o to, že nemusí zdôvodňovať a riešiť svoje pocity, otvárať zlé obdobia jej života a ľudia o ňu nemajú starosť. Soňa práve nevie svoju skúsenosť oddeliť a spomenula, že aj pri obyčajnej debate o sebapoškodzovaní sa to stáva pre ňu osobnou témou.

Rozdiel v komunikácii zaznamenali len dvaja respondenti. Ľudia k nim boli viac opatrní a citlivejší. Monika „*tak ako keby som bola nejaký krehký materiál, tak so mnou zaobchádzali.*“ Registrovali však, že tento prístup bol krátkodobý.

Respondenti pri zdôverovaní sa niekomu o svojej skúsenosti so sebapoškodzovaním prežívajú nervozitu (3) a nepríjemné pocity (3). Rozhodovala tiež nálada (2) a niekedy to bolo aj otravné (1).

„... *cítim ako sa mi zvierá srdce, mám sklené oči, a potom sa vnútorne ukludním asi za hodinu, dve... to si myslím, že sa asi nikdy nezmení. Že proste toho človeka nejakým spôsobom to poznamená, poznamená to jeho dušu.... Dokážem hovoriť tak ako tak, len niekedy musím hovoriť cez takú tú vnútornú bolesť a vnútornú nechť, ale dá sa to.*“ (Anežka)

To ako rozhovor vnímajú záleží od toho s kým prebieha (3). Nerobí im problém ostať v tejto téme ak je to prínosné pre rozhovor (2), vedľa tento rozhovor aj sami iniciovať (2).

Každý s našich respondentov (6) mal skúsenosť s tým, že takýto rozhovor bol pre nich „v pohode“. Bolo to vtedy, keď išlo o rozhovor s niekým, kto si tým tiež prešiel (6), o ľudí s pedagogickým/psychologickým/medicínskym vzdelaním (3) či záležalo na tom ako dotyčnú osobu dlho poznajú (1).

„Hej, že ak je to nejaká malá známosť tak si vymyslím, že som sa opil a robil blbosti a popálil. Tak tie na rukách nie je nejak ani vidno, ale keď toho človeka poznám dlhšie a som zisťoval, tak nejak aký má ten názor na to, alebo čo a začne ten druhý človek túto tému a nejak cítim tú dôveru voči nemu, alebo čo, tak nemám problém mu tak povedať...“ (Patrik)

Najčastejšie sa zdôverujú svojim blízkym (6) – rodina, partneri, priatelia či ľudia s rovnakou skúsenosťou. Erika však spomenula, že nechce to bremeno klásť na ďalších a že každý má dosť svojich problémov. Ukázalo sa tiež, že niekedy aj keď rozhovor začne tak ľudia sa o tom moc nechcú baviť, ani nie do hĺbky. Respondenti (2) si to vysvetľujú tým, že nevedia ako reagovať a tak radšej z témy vystúpia.

6.1.6 Dopady

Zaujímalo nás ako sa život respondentov zmenil s ich skúsenosťou so sebapoškodzovaním. Aké zmeny na ich život či ich vzťahy zaznamenali.

Vzťahy

U dvoch respondentov sú vzťahy ako predtým (nevnímali nejaké výrazné zmeny), jedna z nich si nevie veľmi vybaviť aké boli než so sebapoškodzovaním začala.

Blízke vzťahy sú teraz „v pohode“ (6), podporujúce (3), prijateľné (1), pevné (2) a viac či menej intenzívne (1). Dve respondentky uviedli, že vďaka ich skúsenosti sa vzťahy zlepšili. Išlo hlavne o rodinu. Patrik tiež spomenul, že jeho rodičia sa hanbia za jeho správanie a on zas voči nim cíti vinu. Nechcú aby to ukazoval aby druhí nemali možnosť naň inak nazerať. Ukázali sa tiež tí praví priatelia od nepravých (2). Patrik si však všímá odstup zo strany priateľov aj cudzích po odhalení jeho sebapoškodzovania. A Monika bola pre spolužiakov terčom výsmechu. Teraz je však na špeciálnej škole a miesto výsmechu sa jej dostáva podpory. Patrik a Monika spomenuli, že zo strany rodičov prichádzalo k väčšej kontrole. „... neviem idem do posilovne, zabudnem si telefón a prídem domov a mám 20 zmeškaných hovorov od mamy, lebo si myslí, že čo som robil, kde som... Úplne strach, dakedy až prehnane. Keď jej nedám vedieť, že dakde idem alebo čo.“ (Patrik) U Eriky išlo o ochranu najmä zo strany partnerov, ktorí jej aj kontrolovali ruky. S tým sa stretla aj Laura, ktorá sa za to

hanbila, ale rešpektovala to. V rámci skautského oddielu k Erike boli ľudia opatrní a zaobchádzali s ňou ako „v rukavičkách“ a to jej prišlo divné.

Respondenti sa pohybujú v spoločnosti rovnako intenzívne či aj viac. Na túto skutočnosť nemalo sebapoškodzovanie vplyv (5). Výnimkou je Patrik, ktorý sa skôr izoluje: „Čím menej ľudí ma vidí, tým menej otázok.“ Laura nám povedala, že vždy bola samotár, no nie je bez kontaktu s ľuďmi. Aj zvyšní respondenti sa označovali, že sú introvertnejší, ale že to ide vekom.

Patrik uviedol, že jeho diagnóza a aj sebapoškodzovanie komplikuje nadväzovanie aj partnerských vzťahov. Vždy, keď sa slečna o tom dozvie, začína cívať a on sám už tak robí dopredu, lebo má strach, že neprijme ani jedno z toho. Ostatní respondenti neuviedli ťažkosti v nadväzovaní tohto typu vzťahov.

Situácie

Sú situácie, do ktorých by sa naši respondenti zrejme nedostali nebyť ich skúsenosti so sebapoškodzovaním. Svoj podiel na tom nesie tiež názor spoločnosti na toto správanie.

Erika a Soňa sa potýkali s problémom u doktora, ktorý rozhodoval o tom či dostanú pečiarku na prácu s deťmi. Obe sú totiž vedúce skautských oddielov. Laura má však teraz problém s vyhrázaním vlastnej matky, že jej vezme deti, k čomu sa pridal i jej psychiater. Anežka na odsudzovania reagovala smútkom, bolo pre ňu ťažké dať sa do poriadku a nemala sa v tých časoch rada. Odstup a prerušenie kontaktu zažíva Patrik. „... doteraz si o tom ani nevedel a bolo v pohode a teraz o tom vieš a zrazu už...“

Sebapoškodzovanie a obavy rodičov (veľa „feťákov“, skočila by ešte aj pod vlak) stáli Moniku nástup na strednú umeleckú školu, ktorá bola ďalej od mesta kde žije. To ako sa o ňu báli a chránili ju povedala, že žiaľ vedie k tomu, že človek vyjde von a je nepripravený. Patrik vníma, že by v prípade nejakého pracovného pohovoru bolo jeho správanie „dealbreaker“, predpokladá, že výsledok by bol negatívny keby o tom vedeli.

Do nepríjemnej situácie sa dostala Anežka kvôli otcovi jedného dievčaťa, o ktorom vedela, že sa sebapoškodzuje. Bola zhrozená krokmi, ktoré podnikol voči svojej dcére „... ju vzal, ohol ju, utrieskal ju a dal ju do ľadovej vody... on si práve všimol mojej ruky... že to je hrozné, prečo som to urobila, že som tak hlúpa baba a ja na to viete a on začal hovoriť, že keby som bola jeho dcéra, tak by ma utrieskal, vlastne by mi urobil, to čo urobil jej.“

K tomu či sebapoškodzovanie nejak ovplyvnilo ich život, či ovplyvňuje, traja respondenti uviedli, že ich to nejak neovplyvňuje, jedine ak tak nosenie dlhších rukávov v teplom období (2) a Patrik sa hanbí vyzliecť. Aj zvyšní štyria respondenti ich nosili, no nevideli ich ako obmedzenie hoci ich nosenie vyvolávalo v niektorých situáciách komentáre. Ostávala však tendencia sa k sebapoškodzovaniu vrátiť ako k niečomu zažitému čo účinkovalo (2). „... *taký muster, ktorý človek má v sebe...* ” (Soňa)

Blízke okolie sa snažilo pomôcť (3), potrebovali to riešiť, hovoriť o tom (4) a širšie okolie malo narážky (1). Monike vnucovali vieru s tým, že jej má pomôcť. Pre Soňu išlo skôr o ovplyvnenie vecí, ktoré sa týkali jej samej (myslenia a uvažovania), než jej života vonku. Erika tiež nemá pocit, že by ju jej skúsenosť nejak určovala. Sebapoškodzovanie nebolo považované za prekážku (6).

Štyria respondenti vnímajú skôr stigma voči ich diagnózam (depresia, mentálna anorexia, schizoafektívna porucha zmiešaného typu, emočne nestabilná porucha hraničného typu), pobytu na psychiatrii (3), liečbe u psychiatra a liekom (1) než kvôli sebapoškodzovaniu. Soňa povedala, že keby sa opäť sebapoškodzovala bola by stigma silnejšia.

6.1.7 Podpora a prvá pomoc

V živote sa môžeme stretnúť s chvíľami, kedy cítime, že na to aby nám bolo lepšie a ustáli sme určitú situáciu, potrebujeme nejakú „barličku“. Tá môže mať podobu ako podpory, tak prvej pomoci. Zaujímalo nás akú podobu má podpora, ktorej sa respondentom dostáva a tiež čo im pomáha vo chvíľach, kedy je im zle.

Tab. 4: Podpora

	Monika	Anežka	Laura	Erika	Soňa	Patrik
Osobný rozhovor	x	x	x	x	x	x
Telefonický rozhovor	x	x			x	x
Možnosť napísať správu		x		x		x
Láska		x		x	x	
Prítomnosť druhých	x	x	x	x	x	x
Ponuka ísť von				x	x	
Sprostredkovanie odbornej pomoci	x			x		

Okrem toho sme získali aj unikátne odpovede: fyzický kontakt (pohladenie, objatie), vedomie toho, že osoba na nič nie je sama, finančná podpora, to najlepšie (najlepšie darčeky, motivačné knižky), nepriama podpora – zmysluplná práca dobíjajúca energiu, návštevy kamarátov a obmedzenia.

Soňa „... existuje človek na ktorého sa môžem obrátiť, takže si myslím, že aj to je ako dôvod, že ako som sa zvládla z veľa vecí vymotať a spraviť na sebe veľký kus práce.“ Seba-poškodzovanie u nej zvyšuje vlnu sebanenávisti, kedy sa cíti ako ten najhorší človek na svete. Vo chvíľach, keď je jej sebadôvera otrásená sú si jej blízki v nej istí, a to jej pomáha sa stabilizovať. Soňa opisovala, že má skutočne šťastie na ľudí vo svojom živote. Brala to ako fakt, že tomu ani inak nemôže byť, ale vidí, že má naozaj šťastie. Povedala, že naozaj nevie kam sa môžu tí, čo takú podporu vo svojom okolí nemajú obrátiť. Aj Erika má vo svojich blízkych podporu. U jej mamy „... že nech sa jej kludne zdôverím, že ma majú radi... ale skôr je to také, že nevedomky občas je to na zabitie.“ Monike rodičia povolili návštevy kamarátov aby sa socializovala. Mala však popritom aj určité obmedzenia – nemohla chodiť von sama a bola pod dohľadom, lebo chceli predísť tomu, že by si ublížila. Avšak ubližovali jej oni týmto dohľadom.

Tab. 5: Prvá pomoc

	Monika	Anežka	Laura	Erika	Soňa	Patrik
Blízki ľudia		x			x	x
Hudba	x				x	
Hovoriť		x		x	x	
Knižka	x	x		x		
Lieky	x		x			x
Vypísať sa	x		x			
Fyzická aktivita			x	x		x

Ďalšie odpovede, ktoré sa raz vyskytli: sladkosti, spánok, láska, podpora, tma, odpočinok, niečo pozerieť, filozofia, ísť von, voľný večer a pes.

Laura „nepíšem denníček, ale skôr občasníček, že sa občas vypíšem. Skôr, keď je potreba sa z niečoho vypísať, niečo si zrovnať v hlave“. Aj Monike pomáha sa vypísať a je to akoby to premenila v umenie. Erika píše blog a napríklad jej pomáha zavrieť sa v tme, mať tam ticho a nič nevnímať.

Pre Soňu sú tou najlepšou pomocou ľudia. „... viem, že tu tí ľudia sú a to je pre mňa tá najväčšia sila...“ Anežka to má rovnako. K tomu im pomáha, že sa môžu porozprávať a fyzický kontakt s tým spojený (objatie, pohladenie).

Patrikova najlepšia prvá pomoc okrem liekov je šport. „To je pre mňa v podstate stav meditácie.“ Okrem športu mu však veľmi pomáha aj filozofia. Aktuálne najviac stoicizmus, ktorý si aplikuje na svoj život.

6.1.8 Odkaz

Respondentov sme sa pýtali na to čo by odkázali sebapoškodzujúcim a spoločnosti, keby mali možnosť. V nasledujúcom texte prinášame ich odkazy.

Sebapoškodzujúcim

- čím dlhšie sa budú sebapoškodzovať tým pravdepodobnejšie sa z toho stane závislosť, je to potom už ako rozbehnutý vlak bez strojvedúceho idúci proti múru – nejde vyskočiť ani ho zastaviť, treba nájsť spôsob k zastaveniu a stať sa jeho strojvedúcim. Nie je sa za čo hanbiť, hanbiť sa má ich okolie, namiesto pomoci ich odsudzuje. (Laura)
- nebáť sa hovoriť o tom, zveriť sa a nenechať to ďaleko zájsť, nájsť iný spôsob ako sa ventilovať – šport, mlátiť či iné a neskrývať to. (Soňa)
- neobviňovať sa, neodsudzovať sa, ani sa za to neznášať, robiť to na čo majú silu – vyhľadať odbornú pomoc, zdôveriť sa kamarátom či skúsiť nejakú výzvu alebo aplikáciu, keď nemajú silu tak si nenadávať - „keď to inak nejde, tak to inak nejde“ (Erika)
- zastať sa sám seba, nájsť niečo čo ho naplní a ísť si za tým, sú si hrdinom svojho príbehu hoci niekedy figurujú ako vedľajšie osoby. (Monika)
- ozvať sa, požiadať o pomoc, vyhľadať odbornú pomoc, nehanbiť sa, lebo ich to zvalcuje, nezadržiavať to v sebe, dá sa s tým fungovať aj to prekonať či kontrolovať. (Patrik)
- nebáť sa, veľa ľudí má strach niekam zájsť, byť trpezlivý a dopriať si čas. (Anežka)

Spoločnosti

- viac hovoriť o tomto probléme aj o psychických diagnózach, aby to nebolo tabu. (Laura)
- nesmiať sa, byť tolerantnejší, snažiť sa pochopiť, pomôcť a nebrať to na ľahkú váhu a mať miesta kam by sa mohli títo ľudia obrátiť – nemajú moc kam ísť. (Soňa)
- rozlišovať medzi sebapoškodzovaním a suicidálnymi pokusmi, dovzdelávať sa, trend ho-

vorenie o duševnom zdraví je dobrý, a dohľadať si informácie, prípadne sa pýtať ľudí. (Erika)

- nerozmýšľajú hlbšie, nie sú k tomu nútení, plytko sa na veci pozerajú, nesnažia sa pochopiť, riešiť sa niečo začne až keď sa stane niečo zlé a chce to edukovať. (Monika)
- ťažký boj, jeden človek pochopí a ďalších dvadsať sa presvedčí, že sú to výmysly, byť tolerantnejší, snažiť sa viac pochopiť, zmena prezentovania duševných ochorení, lebo médiá – filmy, seriály, reklamy sa dostávajú pod kožu. (Patrik)
- snažiť sa pochopiť, že to nie je horšie než niečo iné, nebát sa a nečakať až keď to bude ozaj zlé. (Anežka)

6.1.9 Odras

Pýtali sme sa respondentov na to aké je pre nich stretnutie s niekým kto sa tiež seba-poškodzuje. Zaujímalo nás ako sa cítia a aký zaujímajú postoj.

Respondenti sa cítili normálne (4) a nepríjemne (1). Patrik sa cíti nepríjemne, lebo sa mu hneď vybavujú jeho spomienky. Nevadí mu konkrétny človek s daným problémom, ale robí mu ťažkosť bojovať s tým, a tak by bol radšej keby ho nestretne. V inom zmysle to bolo nepríjemné pre Anežku. Dostala sa do situácie, kedy nevedela ako poradiť, pomôcť a nevedela ani či vlastne chce. Mala strach. Bola bombardovaná správami „... *ona nahrávala to a posielala mi to. Cítila som sa divne. Vôbec som nevedela ako na to reagovať...*“, Do situácie, kedy nevedela ako reagovať sa dostala aj Erika. Išlo o dievča o ktorom vie, že má nejaké problémy aj si všimla rany, ale nevedela čo s tým. „... *tak si hovorím či nie som moc paranoidná, či to všetko nevnímam ako tie znaky toho sebapoškodzovania a neviem úplne ako pri tom postupovať...*“ V prípade, že išlo o blízkeho človeka sa vie venovať tejto téme, chce aby osoba vedela, že vie o čom ten problém je nakoľko si ním sama prešla a že sa tak môžu porozprávať. Soňa sa tiež vie porozprávať a riešiť situáciu, ale vie, že ponúkať pomoc za každú cenu nemá zmysel. Povedala by to však niekomu inému, kto by bol osobe viac bližší. Pokiaľ ide o cudzieho človeka a sebapoškodzovanie je súčasť minulosti nemala by potrebu to riešiť. Ak je aktívne, chce pomôcť a tak isto aj ďalší traja respondenti. „*Ako stretla som sa aj s tým, že mi ukazovali čerstvé rany a takto, ale na to nazerám proste v pohode, pretože to dobre poznám.*“ (Anežka) Erika „... *v hlave taký výkričník akože ten človek môže mať nejaké problémy a že ako musím dávať trochu viac pozor na to ako reaguje...*“, Nemá však pocit, že by sa k ním správala inak než k ostatným ľuďom.

6.2 Témy vyplynuté z rozhovorov

V rámci zrealizovaných rozhovorov vyšli na povrch dve témy, ktoré sa zopakovali u niekoľkých respondentov. V nasledujúcom texte rozoberáme jednotlivé témy.

6.2.1 Vzdelanie

Respondenti niekoľkokrát zdôrazňovali vzdelanie (v zmysle medicínskeho, psychologického, pedagogického) ako dôležitý faktor pre očakávané porozumenie. Stretávali sa však so situáciami, kedy porozumenie neprichádzalo, a to v prípade zdravotníkov, no spomenuli aj kedy skutočne vzdelanie ľudí v rozhovore prinieslo porozumenie a aj lepší prístup k nim.

Laura už v minulosti mala neurologické problémy, ale pri jej poslednom vyšetrení doktorka napísala v podstate že je simulant a poslala ju domov. Prístup sa zmenil v momente, keď si všimla jaziev. „... síce už mala zbalené, že ju zdržujem od odchodu domov, ale jednala tak ako mala profesionálne, ale v okamihu, kedy si to všimla tak išla, sadla si k počítaču a napísala, že všetky neurologické vyšetrenia sú v poriadku, pritom som krvácala do mozgu...“ Okrem toho sa stretla samozrejme s označením, že je magor od jednej doktorky a že v tom prípade s ňou nemá čo riešiť. Keď si to všimla - zmena prístupu. Sú to ľudia, od ktorých čakala, že keď majú patričné vzdelanie budú o tom niečo vedieť „... ma to stigmatizovalo viac u profesionála, povedzme než u obyčajných ľudí.“

Soňa tiež spomenula, že zdravotníci sú tí čo by mali o tom niečo vedieť, no napriek tomu sa stretávala často s hlúpyimi poznámkami. Pritom nikto z nich nevie o ako staré jazvy ide a či má niekde ďalšie. „... tí zdravotníci by si sakra mali dávať pozor na to ako o tom hovoria...“ Keby stále boli u nej pohnútky si ublížiť, oni by to nevedeli a povedali len „ježíš mariá, no vy ste ale blbá, prečo ste to ako robili?“ Nepovažuje to za niečo čo by pomáhalo. Pri odberoch krvi sa s poznámkami stretáva už od svojich 13-tich rokov a zvykne ponúkať pravú ruku, kde jazvy nemá aby sa ako vraví „prupovídkam“ vyhla. Nevie či by to tak bolo aj zo strany doktorov, ale sestričky sa tak správajú stále. Je to tak pol na pol – nekomentujú či majú poznámky. Vadí jej to, lebo tam prišla na odber a nie rozoberať jej jazvy. Rovnako tak sa s otázkami na ne nedá vyhnúť ani u neurológa. Väčšinou šlo v jej skúsenosti

o zdravotné sestry. Prejavy sú negatívne, odsudzujúce a niekedy až agresívne. Asi „najviac v pohode“ jej prišli psychiatri, no „... tak nejak majú všetci to maslo na hlave.“

Erika sebapoškodzovanie nevníma ako problém sám o sebe, ale že ide o príznak depresie „... takže oni čiastočne tento naratív prijímali.“ Prišlo jej, že to brali ako symptóm hlbšieho problému a ten sa snažili riešiť. „... ale myslím si, že to bolo čiastočne tým, že ja som to tak povedala.“ Psychiatricka jej povedala, že sa s týmto fenoménom stretáva často, že išlo o súčasť nejakej vlny generácie a že je to teda časté.

Okrem tejto skúsenosti mala možnosť viesť rozhovor s niekým kto má psychologické či pedagogické vzdelanie. „Tak je to úplne v pohode, pretože viem, že už o tom niečo vedia a dokážu to nejak vnímať s náhľadom.“

Monika spoznala len dvoch doktorov, s ktorými mala dobrú skúsenosť. Jedna pani doktorka pri nej stála, pre ňu v ťažkej chvíli, kedy sa aj povracala. „Nechala ma triasť, ale bola tam pri mne, sedela, hladkala ma a povedala „som tu s tebou, som tu s tebou“ a nenechala ma samu dokým som sa trošku upokojila. Záležalo jej na mne.“ Vníma pozornosť ako dôležitú. Pri ďalšom doktorovi spomenula, že ju vedel motivovať, že ten hnev čo má v sebe má vybúriť v nejakej hre. Naučil ju stolný futbal a aj keď prehrávala chválil ju aký dobrý tím sú. Tiež cítila z jeho strany záujem. Inak jej doktori prídu chladní, majú nejaký svoj postup ako sa správať k pacientom podľa tabuľky. Jeden doktor odporučil jej rodičom aby ju dali uspať a zobudili, keď bude mať 18-rokov, že vtedy snád už bude mať rozum. Doktorky často nevedia ako pristupovať k problematickým deťom a vyjadrila aj obavu. „Ja neviem si predstaviť, kebyže ich dieťa má nejaký problém, že čo budú robiť.“

Patrik je jediný kto nemá za sebou negatívnu skúsenosť so zdravotníkmi. Či šlo o bežné vyšetrenie, psychiatrické alebo hospitalizáciu. „... z takej tej mojej skupiny ľudí, ktorá je mimo ten môj okruh rodiny a priateľov sú najtolerantnejší tí zdravotníci...“ Spomenul, že navštevoval dve psychologičky. Jednu teda už viac kamarátsky, a ďalšiu už nie, lebo mu ju poisťovňa prestala hradiť. Psychologička si uvedomuje, že ich kontakt je neprofesionálny, no naďalej v ňom pokračujú. „... ona sama povedala, že to je neprofesionálne, ale dala mi na seba aj svoje osobné číslo...“ Druhú psychologičku už nemohol navštevovať kvôli poisťovni a tak nenavštevuje nikoho okrem tej prvej. „... musel by som ku dakomu novému chodiť a ja už nemám chuť všetko odznovu niekomu rozprávať.“ Pri návšteve psychiatra je tiež všetko v poriadku. Jediné čo, tak keď stretne sestričku z ordinácie a pozdraví ju na ulici prichádzajú obavy, že možno si niekto povie, že tam chodí, lebo ona tam pracuje.

Patrik má tiež pocit, že aj deti majú rôzne poruchy a učitelia sa tak na to musia z časti adaptovať. Myslí si, že to väčšie porozumenie študenti získavajú od mladšej generácie učiteľov.

Anežka má negatívnu skúsenosť so záchranármi zo sanitky. *„To mi prišla taká úplne, že ježííš mariááá. Je polnoc, ja musím vyjsť a niečo robiť. Prišla mi taká otrávená, ...taká ako ľahostajnosť, že jééé ďalšia blbá baba, fakt som z nej mala taký blbý pocit... zase nejaká baba robí blbosti, čo má za problém?“* Cítila z nich, že ich to otravuje, že to vnímajú ako zbytočné a že jej ide len o pozornosť. Neprijemné bolo aj správanie sestričiek a doktoriek v nemocnici, že musia niečo vôbec robiť. *„... tá doktorka udržovala profesionalitu. Takže úplne tam neviem presne čo cítila. Ale viem, že nejaké pochopenie alebo to tak to nebolo.“* Inak stretnutie či už s chirurgom, psychologičkou alebo psychiatrickou vníma kladne. Psychologička bola super *„... sa aj chce zaujímať nie, že je to jej práca, ale že ju zaujímalo čo mi je... som mala pocit, že fakt konečne niekto vidí ako sa cítim...“* Chýbalo jej však, že sa viac nezaujímal o jej minulosť, ktorá ju formovala.

6.2.2 „Otrava“

Jednou z vynorených tém bola aj „otrava“. Išlo o pocit vyskytujúci sa u respondentov pri rozhovoroch o sebapoškodzovaní či ich jazvách, kedy respondenti už nemali chuť sa téme venovať.

Soňa *„... asi nemám náladu, každému druhému furt vysvetľovať čo za tým je. Pretože je to celkom dosť vážna téma, ktorá keď sa napríklad začne riešiť v krčme a nechcem pri tom skysnúť celý večer.“* Okrem toho dokola musí odpovedať na tie otázky u doktorov na vyšetrení.

Erika povedala, že sa okolie snažilo ako najlepšie vedelo, ale vníma problém v tom, že sa upierali veľmi na fyzický akt sebapoškodzovania. Navyiac to berú tak, že keď už to človek nerobí znamená to, že je na tom lepšie, čo však vôbec nemusí byť pravda. *„... to vyzerá ako, že je to vyriešené, a to si myslím, že je na tom trochu problematické... si nemyslím, že je to najšťastnejšie riešenie a niekedy mi to prišlo úprimne už aj trochu otravné, že sa všetci sústredili len na toto.“* Tiež je otrávená, keď hovorí o tom, že je v poriadku a má to pod kontrolou a ľudia ju nepočúvajú a začnú hneď *„vyšilovať“*.

Patrik si najprv overí aký má kto na túto tému názor nejak nenápadne – začne a nechá dotyčného sa vyjadriť. To mu ukáže ako bude postupovať ďalej... *„sa snažím držať to pod*

kontrolou, že by som také nemusel riešiť ani dakomu to vysvetľovať. Už sa mi nechce niekedy a už jój...“ Patrik má pocit, že už sa k tomu už narozprával dost’.

6.3 Odpovede na výskumné otázky

1. Aká je skúsenosť respondentov so stigmatizáciou?

Skúsenosť jedincov takmer z každej sféry ich života. Ako sa ukázalo u našich respondentov, vyhnúť sa jej sa zdá byť nemožné.

Na celom začiatku ich skúsenosti stojí názor spoločnosti, ktorý je často smerodajný pre spoločnosť ako takú a tiež pre ich blízke okolie. Zo strany spoločnosti vnímajú, že seba-poškodzovanie nie je považované za niečo bežne akceptovateľné. Správanie je v očiach spoločnosti negatívne a najčastejšie chápané ako hlúpe. Prítomné všeobecne býva aj zľahčovanie či zveličovanie správania, ktoré respondenti prežívajú ako neporozumenie. Časť respondentov reagovala s podráždením, keď spomínala aký je názor ľudí na motiváciu k seba-poškodzovaniu. Išlo najmä o pozornosť a hoci boli respondentky, ktoré svoje správanie využili aj ako formu komunikácie k iným s volaním o pomoc, cítia veľké neporozumenie ich konania zo strany druhých. Rovnako je tomu aj u ostatných. Seba-poškodzujúci majú skúsenosť s urážkami v podobne rôznych označení ako napr. blázon. Ukazuje sa tiež, že sú v očiach druhých nedostatočnými. Polovica vníma svoju skúsenosť pozitívne. Uvedomujú si však aj to pozadie za tým a tak spomínali, že to zvláštne znie, keď hovoria, že to berú pozitívne. Poukázali však na fakt, že iné správanie ako napríklad popíjanie alkoholu obzvlášť vo väčších množstvách má devastujúcejšie účinky na organizmus, no napriek tomu ide o správanie, ktoré je spoločnosťou tolerovanejšie. Tiež ide o formu seba-poškodzovania, ale nestretáva sa s takým nepochopením ako seba-poškodzovanie, ktoré za sebou necháva viditeľné znaky – rany a jazvy.

Pohľad na správanie blízkym okolím respondentov sa nejak zvlášť nelíšil od zvyšnej spoločnosti. Opäť bolo za zlé, no v týchto kruhoch už bolo aj prijaté. K tejto skutočnosti viedlo stretnutie či rozhovor s niekým kto má podobnú či rovnakú skúsenosť za sebou. Opísovali, že v ich kruhoch sa zvyknú pohybovať podobní ľudia ako oni. Ale mala na to vplyv aj forma vzťahov či ich hĺbka.

Obavy boli u respondentov bežné a u väčšiny sa to nezmenilo do dnes. Vyplývajú z poznania názoru spoločnosti, jej prístupu k seba-poškodzujúcim či predošlých negatívnych skúseností respondentov. Avšak aj z toho, že nevedia aký názor má konkrétny dotýčny. Svoje správanie preto zvykli skrývať aby sa tak vyhli reakciám okolia. Dnes ich už neskrýva

nik, ale môže sa tak ešte v niektorých situáciách stať. Nesnažia sa vyslovene na jazvy upozorňovať, ale vedia ich aj sami od seba ukázať. Najčastejšími reakciami, s ktorými sa stretli boli zvedavosť, kedy sa ľudia dopytovali na množstvo vecí ohľadne sebapoškodzovania a urážky vo forme označovania za hlupákov, magorov a pod. Najpríjemnejšie je prostredie rodiny, priateľov či partnerov. Líši sa to v závislosti kvality vzťahov. Títo blízki sa ukazovali ako osoby, ktoré sa snažili najmä pomáhať a podporovať. Zvlášť bola skupina ľudí, ktorí majú rovnakú či podobnú skúsenosť. Tam boli obavy miernejšie až žiadne a reakciou bývalo obvykle porozumenie.

Na to ako sa respondentom o sebapoškodzovaní rozpráva má vplyv aktuálnosť správania a či ide o rozhovor všeobecne na túto tému alebo o ich skúsenosti. Ak bolo správanie súčasťou minulosti rozhovory sa viedli ľahšie. Ľudia túto skutočnosť prijímali inak a nemali až takú potrebu to riešiť, báť sa a pod. Na druhej strane samotní respondenti boli so svojou skúsenosťou viac zrovnaní a vedia tak negatívne reakcie lepšie spracovať. Väčšina respondentov preferuje rozhovor všeobecne o sebapoškodzovaní. Kvôli rozhovoru o osobnej skúsenosti musia čeliť spomienkam. Jedna respondentka však nevie odlišiť tento rozhovor a vždy je pre ňu osobným. Krátkodobú zmenu komunikácie zaznamenali dvaja naši respondenti. Niektorí ľudia boli voči nim opatrnejší a citlivejší.

Dochádzalo k rôznym dopadom na vzťahy našich respondentov. Sebapoškodzujúca skúsenosť umožnila respondentom vidieť tých pravých priateľov, ktorí ich neodsudzovali a ďalej stáli pri nich. Jeden z respondentov sa radšej vyhne ľuďom než by čelil toku otázok a navyiac jeho rodina vníma hanbu za jeho správanie spoločnosťou, a to uňho vyvoláva pocity viny. U niektorých prebiehala kontrola rúk od partnerov a doktorov. Pri doktoroch pociťovali strach a pri partneroch išlo o pocit hanby. Partnerské vzťahy sú komplikované u jedného respondenta, nakoľko pri odhalení často dochádza k odstupu.

Dve respondentky mali problém získať pečiатku na prácu s deťmi. Oboznámenie či znalosť potencionálneho zamestnávateľa o sebapoškodzovaní by mohla podľa jedného respondenta byť dôvodom pre neprijatie do zamestnania. Jedna respondentka čelí kvôli jej sebapoškodzovaniu hrozbe odobrátia detí. Opísaná bola aj strata možnosti štúdia kvôli ochrane zo strany rodičov u jednej z respondentiek, ktorá ochranu nevnímala ako pomoc, ale niečo čo jej ubližuje.

Vzdelanie bolo faktorom predpokladajúcim prijatia a porozumenia sebapoškodzujúceho správania. Napriek tejto skutočnosti často naši respondenti nezískali pozitívnu skúsenosť. Väčšinou boli zo strany zdravotníkov či učiteľov reakcie na správanie bez ohľadu na vzdelanie negatívne. Vyskytovala sa neochota urobiť vyšetrenie, zníženie kvality vyšetrenia,

nevhodný spôsob komunikácie, urážky... Väčšinou psychológovia boli spomínaní ako najviac chápaní a prijímaní. Spomenúť by sa dali aj psychiatri, ale ako sami respondenti zhodnotili bolo to náročné, lebo stretnutie u psychiatra je v rozsahu niekoľkých minút, a to sa často stihnú predpísať len lieky a je koniec.

2. Akými spôsobmi respondenti na stigmatizáciu reagujú a ako sa s ňou vyrovnávajú?

Pri odhalení svojej skúsenosti najčastejšie prežívajú nervozitu a cítia sa nepríjemne. Je to spojené s ich samotnou skúsenosťou avšak majú vplyv aj negatívne očakávania. Jedna respondentka uviedla, že každým ďalším zdôverením sa je pre ňu viac v poriadku o tom hovoriť.

Respondentov viedli reakcie okolia na ich správanie najmä k výhovorkám či rozvíjaniu rozhovoru. K výhovorkám pristupovali vtedy ak sebapoškodzovanie aktívne prebiehalo, necítili sa na rozhovor o ňom, nechceli aby to niekto riešil, alebo bola problémom osoba, s ktorou mal rozhovor byť. Rozhovor o sebapoškodzovaní vedeli aj otočiť na vtip ak mali strach a boli neistí aké reakcie od ľudí prídu. V opačných prípadoch a v prípade, keď správanie bolo ukončené a narazia na túto tému snažia sa rozhovor viesť ďalej. Chcú tak pomôcť ostatným porozumieť ich skúsenosti a možno tak zmeniť aj ich názor. V prípade, že narazia na niekoho, kto je výrazne nepríjemný, uráža a odoláva vedia si niektorí stáť za tým čo hovorili a o správaní vedia, a tak si povedia jednoducho, že tá druhá strana je tá „hlúpa“ a nie oni.

3. Ako stigmatizácia prispieva k vzniku a rozvoju sebastigmatizácie?

Jazvy a rany sú tie, ktoré bez toho aby respondenti sami chceli vyvolávajú rôzne reakcie. Nebyť ich, okolie by nemalo vedomosť o ich sebapoškodzovaní. Sú vnímané hlavne ako súčasť nich samých a ich minulosti. Hoci vedia byť pripomienkou na časy, ktoré zažili a neboli príjemné, ale aj na časy, ktoré zvládli a nehanbia sa za ne. Obzvlášť v začiatkoch a dobe aktívne prebiehajúceho sebapoškodzovania ich niektorí vnímali ako hanbu, zlyhanie, prejav ich slabosti či menejcennosti. Jeden respondent je s nimi zmierený, no napriek tomu ich berie ako zlyhanie a občas sa vyskytne ešte hanba niektoré ukázať.

Názor druhých vedel ovplyvniť správanie ak bolo aktívne. Išlo o sľub, že so sebapoškodzovaním skončí či vedelo vyústiť k sebapoškodeniu. Spúšťáčom nepríjemných pocitov bývajú médiá, ktoré sebapoškodzovanie považujú za niečo čo sa dá len tak prekonať či jedincov, ktorí správanie takto realizujú, opisujú ako tých s najhoršími psychickými ochoreniami, ktorí sú navyše nebezpeční svojmu okoliu. Väčšina respondentov neočakáva zmenu, že by im ľudia časom viac porozumeli. Vyjadrené boli aj obavy, že keby v správaní pokračovali či sa k nemu vrátili nevyhli by sa negatívnym odozvám z okolia. Nosenie dlhých rukávov

aby skryli svoje rany a jazvy pred negatívnymi pohľadmi a slovami bolo u respondentov bežné. Aj tak sa to žiaľ niekedy neobišlo bez nejakých komentárov. Nakoľko respondenti boli vnímaní často ako hlúpi, neschopní a pod. Ľudia istú dobu vedeli nabrat' dojem, že to tak skutočne je. Počúvali to z okolia, niektorí od svojich blízkych a bežné je to z médií.

7 Diskusia

7.1 Výsledky rozhovorov

Sebapoškodzovanie často za sebou necháva viditeľné stopy napr. vo forme jaziev, ktoré môžu viesť k určitým situáciám a napokon zmenám v životoch jeho užívateľov. Táto práca sa snaží poskytnúť jedinečný pohľad sebapoškodzujúcich sa jedincov na ich skúsenosť so stigmatizáciou.

Spoločnosť voči ľuďom, ktorí majú duševné ochorenie je negatívna (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005). Respondenti najčastejšie uviedli, že sebapoškodzovanie je považované za hlúpe, hrozné a nenormálne. Sebapoškodzujúci sú obzvlášť označovaní ako blázni, magori, blbci..., ktorí sú navyše napríklad neschopní či slabí. Tento typ stigmy možno pozorovať aj v médiách (Ocisková et al., 2014). Práve dvaja respondenti vnímajú, že média sú veľkým problémom. Či už ide o zľahčovanie alebo zveličovanie všeobecne duševných ochorení, nepríjemných pocitov a toho ako ich zvládnuť.

Výsledky Prinsteina (2005) a Nocka (2004) ukázali 4 hlavné dôvody pre sebapoškodzovanie: získanie sociálnej podpory, negatívne emócie, vyhýbanie sa určitým sociálnym situáciám a túžba cítiť (mimo necitlivosť či prázdnotu). Avšak predstava spoločnosti o motivácii k sebapoškodzovaniu z odpovedí našich respondentov je pozornosť a zviditeľnenie. Naše výsledky tak korešpondujú s Klonskym et al. (2011) aj Selby (2010), ktorá hovorí, že v spoločnosti o správaní panuje chybná predstava, a to že ide len o sociálnu manipuláciu. Dve respondentky sa svoje správanie nesnažili skrývať, ale nešlo im o pozornosť ako takú. Chceli ukázať okoliu, že majú problém a jedna z nich ešte chcela aby videli, že už trpí dosť. Alternatívne motívy sebapoškodzovania predstavujúce externalizáciu vnútorných ťažkostí pozorovali aj Laye-Gindhu a Schonert-Reichl (2005) kedy išlo o správu o vnútornej bolesti, že jedinec potrebuje pomoc (Chapman, Gratz & Brown, 2006). Jedna respondentka vyzdvihla, že často mala problém vysvetliť svoje sebapoškodzovanie, pretože ľudia to vnímali ako samovražedné tendencie. Považuje za dôležité rozlišovať tieto druhy správania. Túto skutočnosť popisujú aj Koutek (2014), Koutek s Kocourkovou (2003) a Walsh (2007). K zámene dochádza často nakoľko pri sebapoškodzovaní sa môžu suicidálne pokusy vyskytovať aj súčasne či následne (Walsh, 2007) a tým je to zložitejšie (Koutek, 2014; Koutek & Kocourková, 2003). Samovražda však nie je cieľom sebapoškodzovania (Koutek, 2014; Klonsky, 2007). U našich respondentov sa vyskytli samovražedné pokusy. Výnimku tvorila jedna

respondentka, ktorá je citlivá na zamieňanie si tohto správania, keďže sa o samovraždu nikdy nepokúsila.

Blízke okolie predstavovali ľudia, s ktorými sú jedinci v užšom vzťahu či sú častejšie v kontakte. Správanie bolo vnímané negatívne (zlé, nenormálne) a objavovali sa aj označovania. Sebapoškodzovanie sa zdá ľuďom nepochopiteľné, lebo nerozumejú prečo by si niekto ubližoval zámerne. Našli sa však v tejto skupine aj odlišnosti. Respondenti mali možnosť zažiť aj prijatie či porozumenie. Vidíme za tým bližší vzťah, ktorý zabezpečuje, že jedinca dotyčný pozná lepšie než niekto kto ho ani nevidel. Vie tak niečo o jeho živote či pocitoch a neusudzuje tak len na základe prostej informácie, ktorá sa šíri v spoločnosti. Prijatie a porozumenie sa ukazovalo pri ľuďoch, ktorí majú zažitú podobnú či totožnú skúsenosť. Pohľad na správanie bol niekedy rozdielny v závislosti od toho či naďalej prebiehalo alebo nie. Pokiaľ bolo ukončené ľudia ho vedeli lepšie prijať, resp. tolerovať. Čím bol vzťah respondenta s druhou osobou bližší, tým bolo správanie viac prežívané, a to v oboch smeroch. Správanie nebrali na ľahkú váhu, videli za tým fatálne následky a pod. U blízkych osôb to chápeme ako reakciu na strach blízkych o druhého.

Názory na sebapoškodzovanie pôsobia ak správanie naďalej prebieha. Na väčšinu našich respondentov názory v súčasnosti nepôsobia. Keď mali efekt napr. sľúbili, že s tým skončia, vnímali sebapoškodzovanie za problém či vyústili v sebapoškodzovanie. Vágnerová (2014) uvádza, že riziko navodenia, ale aj opakovania sebapoškodzovania zvyšujú traumatické a stresujúce udalosti. Podľa nás je možné tieto udalosti vzťahovať aj k označovaniu, ktoré pôsobia urážlivo, k neporozumeniu a neprijatiu, ktoré je o to intenzívnejšie prežívané ak ide o osobu na ktorej sebapoškodzujúcu záleží.

Okrem pohľadu spoločnosti a blízkeho okolia na sebapoškodzovanie a ľudí, ktorí ho využívajú je významný aj pohľad samotných sebapoškodzujúcich. Sebapoškodzovanie je pre nich väčšinou súčasťou ich samých a ich minulosti, pomocou ale aj osobnostným rastom. S osobnostným rastom sa stretáme aj u Longovej (2018), kde sebapoškodzovanie bolo jeho poháňačom. Lewis a Mehrabkhani (2015) uvádzajú aj, že stopy po sebapoškodzovaní jedincov obťažovali a hanbili sa za ne. Túto skutočnosť sme zaznamenali aj my. Ďalšími odpoveďami boli napr. pripomienka, slabosť, objavenie či zvýšenie prahu bolesti. Práh bolesti spomenuli dve respondentky. Jedna hovorila, že ho má vyšší ako iní ľudia čo môže súvisieť s teóriou protichodných procesov od Solomona (1980), na ktorej Stacy et al. (2018) ilustrujú, že vzorce správania spojené s nejakou formou sebapoškodzovania môžu navodiť proces, ktorý je analgetický a efektívny proti bolesti zo zraňovania. K tolerancii voči určitej forme správania dochádza opakovaním využívaním. U druhej však išlo hľadanie svojho prahu,

ktorý našla až v bolesti druhých – reakcia na sebapoškodzovanie. Až na jedného by nikto svoje správanie v minulosti nezmenil. Ide o metódu, ktorú majú zažitú ako účinnú, a tak aj táto skutočnosť ovplyvňuje voľbu stratégie zvládania spúšťáčov sebapoškodzovania.

Fyzické stopy sebapoškodzovania pretrvávajú aj po jeho ukončení. Ide najmä o výsledky najbežnejšej metódy rezania (Klonsky et al., 2011) či pálenia (Lewis, 2016). Vnímané sú hlavne ako súčasť minulosti čo uviedla polovica respondentov. Nehanbia sa za ne a nevidia im. Skúsenosť ich viedla k zmene vnímania ich samých a ľudí okolo, k čomu jazvy dopomáhali. Tieto skutočnosti vnímajú pozitívne. Najčastejšie išlo o väčšiu všímavosť voči druhým, ktorí sa sebapoškodzujú a lepšie tak reagujú v týchto situáciách. Polovica respondentov si tiež uvedomuje čo je dôležité a začali si vážiť života aj zdravia. Vážiť si niektoré respondentky však začali aj seba. Výsledky výskumu Longovej (2018) aj naše prezentujú, že ich skúsenosť so sebapoškodzovaním posilnila a nebyť nej neboli by dnes tým kým sú. S odolnosťou, vnútornou silou a chápaním toho kým sa stali sa stretne aj u Lewisa a Mehrabkhanioho (2015).

Jedinci s históriou sebapoškodzovania prežívajú obavy z odhalenia aj zdôverenia sa. Najčastejšie za obavami stáli negatívne skúsenosti, ale tiež neznalosť toho kto si čo myslí a očakávané neporozumenie ich správania. Obavy sú časté a Quinn a Chaudoir (2009) uvádzajú, že môžu ovplyvniť ich správanie. Sebapoškodzujúci zvyknú svoje správanie skrývať dlhými rukávmi či nohavicami aj počas letných dní či výhovorkami. Túto skutočnosť ukazujú aj výsledky Hodgsonovej (2004). Rovnako ako u Longovej (2019) aj naši respondenti napriek tomu, že svoje správanie nevnímali negatívne ho vedeli aj skryť či použiť výhovorky. Jazvy v určitých kontextoch skrývali hoci sa o nich vyjadrili pozitívne (Chandler, 2014). Niektorí svoje správanie neskrývali a chceli aby im niekto ponúkol pomoc, keď si oni sami nevedeli poradiť. Skrývanie využívali pred určitými ľuďmi či pri niektorých situáciách. Ide napríklad o doktorov či partnerov a pracovné pohovory. Svoje jazvy dnes neskrývajú a je to pre nich jednoduchšie, keď je sebapoškodzovanie ukončené.

Obavy pramena z reakcií. V reakciách, ktoré nám respondenti uviedli prevažujú obzvlášť označovanie (tiež Klonsky et al., 2011), zvedavosť a nepochopenie. Povahu reakcií ovplyvňuje aj to kto reaguje. Pozitívnejšie sú hlavne od blízkych (Bos et al., 2009), ľudí s rovnakou alebo podobnou skúsenosťou a tých, ktorí boli v osobnom kontakte (Letovanová et al., 2017; Stuber et al., 2014; Boyd et al., 2010; Chaudoir & Fisher, 2010) s niekým sebapoškodzujúcim. Častými odozvami bolo aj bagatelizovanie správania, nezáujem, rozkaz aby to nerobili, ale aj ľútosť. Jedna respondentka sa však dočkala aj prejavu úcty za to, čo zvládla. Odpoveďou na reakcie, ktorým čelia je hlavne rozvíjanie rozhovoru a snaha vysvetliť ich

správanie. Ďalej sú to výhovorky, otočením rozhovoru na vtip či si sami pre seba zhodia druhého. Cieľom je uspokojiť zvedavosť druhých a pri tom neublížiť sebe. Za každým správaním vidíme snahu ochrániť sa či už skrývaním alebo využívaním výhovoriek. Napriek tomu, že odhalenie môže viesť k úľave či získaniu podpory zo strachu z negatívnych reakcií často toto správanie ostáva skryté.

O sebapoškodzovaní sa zdôveruje a hovorí respondentom lepšie ak je pre nich ukončené alebo ak je rozhovor všeobecne na túto tému. Niektorí však nevedia oddeliť svoju skúsenosť. Zdôverenie môže byť prínosné (Camacho et al., 2020) záleží však od toho komu sa zdôveruje. Respondenti volili najmä rodičov, partnerov a priateľov pri ktorých zažívajú podporu a menej stigmatizujúce reakcie (Bos et al., 2009). Kvôli častejšiemu kontaktu s týmito osobami im o jazvách sami povedali alebo to sami postrehli. Ukázala sa aj krátkodobá zmena v komunikácii, kedy po odhalení boli druhí citlivejší a opatrnejší. Pri zdôverovaní prevládajú nepríjemné pocity a nervozita. Súhlasíme tak s Northropom (2017), že výsledkom zdôverenia môže byť prijatie či odmietnutie z čoho pramení pocit neistoty. Každý z našich respondentov mal skúsenosť, že odhalenie prebehlo v poriadku. Bolo to najmä skúsenosťou druhých, ako spomína aj Burke et al. (2018) vďaka kontaktu s jedincami, ktorí majú skúsenosť so sebapoškodzovaním. Nevyhýbajú sa rozhovoru na túto tému, občas ho iniciujú a pokračujú v ňom ak môže byť prínosný. Vidíme za tým snahu zlepšovať povedomie a búrať mýty so sebapoškodzovaním spojené, čím tak môžu zlepšiť kvalitu života sebe ale aj druhým.

Skúsenosť so sebapoškodzovaním našich respondentov v niektorých prípadoch viedla k zlepšeniu vzťahov, a to najmä rodinných, či sa ukázali skutoční priatelia od nepravých (Moses, 2010). V jednom prípade sa ukázala aj hanba rodiny, ktorá vedie k pocitom viny u sebapoškodzujúceho. Ocisková a Praško (2015) uvádzajú, že rodina predpokladá, že v očiach spoločnosti bude ich člen označovaný za odlišného, a preto tak budú vnímaní aj oni. Naše výsledky prispievajú k tomu tvrdeniu s tým, že rodina to celé prežívala kvôli svojmu členovi, no primárne ho chcela chrániť pred zvyškom spoločnosti. Prejavovaná bývala tiež kontrola celkového správania osoby či rúk s novými ranami. Súhlasíme tak s Mosesom (2010), že stigmatizácia môže mať aj podobu nedôvery, no aj s Palouchovou a Heretikom Jr. (2009), že môže ísť aj o hyperprotektívne správanie bez ohľadu na to či je zo strany rodiny. Problém s nadväzovaním partnerských vzťahov ale aj priateľských sa vyskytol u respondenta, ktorý má diagnostikovanú „hraničnú“ poruchu osobnosti. Má strach, že jeho diagnózu a jeho skúsenosť so sebapoškodzovaním neprijmú, budú si držať odstup a on sám sa tomu radšej už vyhýba aby sa ochránil. Výsledky Burke et al. (2018) tiež ilustrujú, že akceptovanie niekoho kto má skúsenosť so sebapoškodzovaním napr. ako priateľa je menej

pravdepodobné. Akceptujúcejší sú ľudia, ktorí majú o sebapoškodzovaní nejaké znalosti či niekoho s touto skúsenosťou už poznajú s čím naše výsledky korešpondujú. U väčšiny respondentov sa nezmenila ich sociálna angažovanosť. Viac sa izoluje jeden z respondentov, nakoľko nechce čeliť otázkam a strachu z neprijatia. Aj Ocisková a Praško (2015) uvádzajú túto skutočnosť okrem toho však za tým môže stáť aj úzkosť, očakávanie, že okolie ho bude zahanbovať, znevažovať či mu ubližovať.

Niektorí respondenti hlásili napríklad ťažkosti získať pečiatku na prácu s deťmi, hrozbu odobratia detí či prerušenie kontaktu. U polovice respondentov sme získali odpoveď, že ich sebapoškodzujúca história nejak výrazne neovplyvňuje. Stigmatizujúcejšie sú pre väčšinu respondentov ich diagnózy, prípadne ešte pobyt na psychiatrii alebo liečba u psychiatra (+lieky) (napr. Corrigan et al., 2009). Skúsenosť so sebapoškodzovaním nie je vnímaná ako prekážka skôr ako niečo čo ich obohatilo.

Najväčšou podporou sa ukázala byť prítomnosť druhých osôb a osobný rozhovor s niekým. Dôležité je už vedomie toho, že niekde je niekto na koho sa možno v prípade potreby obrátiť. Súhlasíme s tvrdením, že byť otvorený druhým ovplyvňuje sociálnu podporu a je pravdepodobnejšie ju získať ak sa prejavuje k ľuďom, ktorí sú pre osobu významní (Wisniewski, Quinn & Williams, 2015). Najčastejšou prvou pomocou sú blízki ľudia, rozhovor o tom čo dotyčného aktuálne ťaží, fyzická aktivita či čítanie knihy.

Keby sebapoškodzujúci mali možnosť odkázať niečo sebapoškodzujúcim bolo by to hlavne nehanbiť sa, nebať sa o tom hovoriť a neobviňovať sa. Odporúčajú tiež zdôveriť sa, vyhľadať odbornú pomoc, robiť len to na čo majú silu. Svojim správaním by tak mali možnosť pomôcť sebe, ale aj iným tým, že to neskrývajú a pracujú na sebe a majú tak možnosť ovplyvňovať aj názory spoločnosti. Spoločnosti by odkázali obzvlášť aby boli tolerantnejší, snažili sa sebapoškodzujúcim porozumieť a nečakali až kým sa stane niečo zlé. Prínosné by bolo o problémoch hovoriť a nie len o sebapoškodzovaní ale aj o psychických ochoreniach.

Stretnúť niekoho ďalšieho kto má skúsenosť so sebapoškodzovaním je normálne. V niektorých prípadoch to nie je príjemné, a to z dôvodu, že sa tým jedincovi vybaví spomienky na jeho skúsenosť a ťažko sa s nimi bojuje. Pri stretnutí však sú chvíle kedy napriek svojej skúsenosti nevedia druhému poradiť alebo si kvôli tomu tieto veci u druhých všímajú až moc a môže ísť pri tom len o obyčajné škrabance.

Z rozhovoru nám vyplynuli dve témy. Jednou je vzdelanie druhých. Od ľudí s pedagogickým, psychologickým či medicínskym vzdelaním sa očakáva porozumenie a adekvátny prístup. Aj výsledky Letovancovej et al. (2017) ukazujú, že rastom vzdelania miera stigmatizácie klesá. Menej stigmatizujúce postoje majú doktori avšak stigma je stále vysoká

ako aj v spoločnosti (Winkler et al., 2016; Stuber et al., 2014). Tieto skutočnosti sa preukázali aj v našich výsledkoch, kedy doktori pri odhalení sebapoškodzovania zmenili prístup. Odlišné možnosti a odstup v komunikácii pri zdravotnej starostlivosti (Ocisková et al., 2014) predstavovali u nás neochotu vyšetriť, označovanie či nevhodné poznámky. Spomenúť možno tiež určitú dehumanizáciu, kedy je prístup doktorov k jedincom ako k strojom na ktoré je návod. Súhlasíme s Dikeç, Uzunoğlu a Gümüş (2019), že so stigmatizujúcim správaním sa stretávame aj u rýchlej zdravotnej služby/pohotovostnej služby a výnimku netvorí ani sestričky. Lepší prístup je vnímaný skôr zo strany psychológov a psychiatrov. Uvedená bola aj mladšia generácia učiteľov. Kladnejší postoj mladých ľudí voči duševným ochoreniam zaznamenali aj Letovanová, Kovalčíková a Dobříková (2017).

Ďalšiu tému, ktorá vyplynula sme označili ako „otrava“. Neustále opakovanie toho istého čo už niekedy povedali o svojej skúsenosti, vysvetľovanie či obhajovanie sa je po čase iritujúce. Iritujúca je aj skutočnosť, na ktorú sa ľudia uprú a nepočúvajú vysvetlenia a nesmeruje to k vzájomnému porozumeniu.

7.2 Limity výskumu, jeho prínosy a možné odporúčenia

Náš výskumný súbor pozostával zo 6-tich respondentov. Do určitej miery túto veľkosť výskumného súboru považujeme za limit. Našich respondentov sme 4-roch získali vďaka ich záujmu a ochote sa podieľať ďalej na našom výskume. Tvorili totiž časť súboru z výskumu bakalárskej práce, ktorá bola na tému zámerného sebapoškodzovania. Respondenti boli s ohľadom na citlivosť témy hľadani prostredníctvom internetu. Záujem zúčastniť sa výskumu nebol nijak veľký, ale stačil pre naše potreby. Umiestňovali sme inzerát na rôznych blogoch, diskusných fórach a svedniciach. Týmto spôsobom sme získali 5 reakcií, z ktorých 2 prešli v spoluprácu. Problémom bolo väčšinou stratenie kontaktu, kedy po určitej komunikácii prostredníctvom e-mailu už nedošlo k ďalšiemu nadviazaniu konverzácie. Raz tiež došlo k odrieknutiu účasti pred plánovaním stretnutia, kedy si dotyčná osoba uvedomila, že sa na tento typ rozhovoru necíti. Okrem toho sme sa v jednom prípade stretli aj s problémom nesplnenia kritéria - ochota hovoriť osobne. Veľkosť nášho výskumného súboru s ohľadom na zvolený typ analýzy, ktorou bola IPA sme vyhodnotili ako uspokojivý. V tomto druhu analýzy ide o preskúmanie nižšieho počtu respondentov avšak do väčšej hĺbky (Řiháček et al., 2013).

Ďalším limitom môže byť fakt, že naši respondenti majú rôzne diagnózy, ktoré tiež pôsobia na ich život a skúsenosti. Samotné diagnózy sú často terčom stigmatizácie, a tak

niektoré odpovede mohli byť ovplyvnené touto skutočnosťou. V našich výsledkoch sme však nezistili nejaké výrazné rozdiely a respondenti často uvádzali, kedy vyjadrenie viac platilo pre diagnózu a kedy pre sebapoškodzovanie. Napriek tomu toto tvrdenie nemôžeme zovšeobecniť s ohľadom na veľkosť výskumného súboru.

Posledným limitom pre nás bolo nedostatočné množstvo výskumov tejto problematiky najmä na súbore zo Slovenskej alebo Českej populácie ako neklinickej, tak klinickej. Respondenti prejavujú záujem naďalej sa vzdelávať ohľadne svojej skúsenosti so sebapoškodzovaním a ďalších tém psychických ochorení a zdravia. Rovnako ako respondenti niekedy sa o tieto témy zaujíma aj ich okolie aby im lepšie porozumelo a vedelo ako k nim ďalej pristupovať. Dostupné informácie ovplyvňujú presvedčenie respondentov ohľadne ich správania, tak aj na presvedčenie ostatných o sebapoškodzujúcich a ich správaní.

Rozhovory s respondentami trvali minimálne hodinu, a tak mohli spôsobiť únavu. Okrem dĺžky rozhovoru aj zvolený čas stretnutia mohol mať na ňu vplyv. Respondenti opisovali skôr ako únavu pocit, že zo seba „vypľuli dušu“. Na konci rozhovoru niekoľko z nich povedalo, že už nemajú čo dodať, že povedali aj viac ako čakali. Úplne na záver reflektovali skôr úľavu a že rozhovor je za nimi a ďakovali za to, že sa niekto o túto tému zaujíma.

V našom prípade mal každý z respondentov určitú diagnózu, a keď ju nemal pred dohodnutím stretnutia, napokon mu medzičasom bola stanovená. Hoci klinická populácia je zachytená vďaka odbornej starostlivosti a zdá sa tak dostupnejšia ak sa však zameriame, len na ňu uniká nám druhý pohľad. Ďalší výskum by sa preto mohol zamerať aj na neklinickú populáciu. Väčšina výskumov sa orientuje kvantitatívne a neposkytujú tak hlbšiu sondu do skúmanej problematiky. Kvalitatívny výskum však môže priniesť zaujímavé informácie, ktoré inak unikajú. Pre lepšie porozumenie tejto témy pokladáme za podstatné zrealizovať väčšie množstvo kvalitatívnych výskumov. Uvedomujeme si, že sú náročnejšie na čas a na získanie respondentov vzhľadom na citlivosť témy. Napriek tomu, že sme pracovali s menším počtom respondentov sme získali množstvo informácií a tak vidíme potenciál v realizácii ďalších kvalitatívnych výskumov. Zaujímavé by bolo preskúmať ešte viac dopady názorov spoločnosti (zvlášť aj doktorov) na sebapoškodzujúcich a efektivitu kampaní o duševnom zdraví ako formu znižovania stigmatizácie. Preskúmať tiež či sebapoškodzovanie zhoršuje stigma už spojenú s ich diagnózou.

Táto práca je prínosom sama o seba nakoľko rozoberaná problematika s nami vybranou cieľovou skupinou je skúmaná minimálne. Nájdeme rôzne práce na tému sebapoškodzovania naprieč Českou, Slovenskou republikou i v zahraničí, tiež na tému stigmatizácie no s inou výskumnou vzorkou. Naším hlavným cieľom bolo preskúmať fenomén

stigmatizácie u sebapoškodzujúcich jedincov a predložiť tak pohľad naň očami tých, ktorí majú túto skúsenosť. Prostredníctvom rozhovorov s respondentmi sme sa zaoberali rôznymi témami, ktoré sú spojené s ich skúsenosťou. Okrem toho, že nám ich pohľad umožňuje lepšie porozumieť ich prežívaniu v tejto súvislosti, tak ukazuje na nedostatky v spoločnosti na ktorých treba pracovať. Ide najmä o prístup k týmto jedincom nezávisle od toho či ide o laickú či odbornú verejnosť.

8 Záver

Práca Stigmatizácia a sebastigmatizácia u zámerne sebapoškodzujúcich jedincov skúma dôležitú problematiku v Českej a Slovenskej republike. Ľudia, ktorí majú skúsenosť so sebapoškodzovaním často narážajú na nepochopenie a na negatívne reakcie voči správaniu aj nim samým. To ako okolie a spoločnosť reaguje ovplyvňuje jedincov aj ich život.

Pohľad spoločnosti na sebapoškodzovanie je podľa respondentov hlavne o nenormálnosti a za motiváciu vidia vyvolanie pozornosti. Sebapoškodzujúcich vnímajú najmä ako magorov. Pohľad blízkych bol zhodný so spoločnosťou, ale jedinci u nich našli aj porozumenie. Pociťovali ho v prípade podobnej skúsenosti alebo ak správanie bolo ukončené a nevnímali ho výrazne negatívne.

V aktívnom období sebapoškodzovania naň pôsobili i názory okolia. Bolo vnímané ako problém, pretože ho tak videli ostatní. Výsledkom bol prísľub ukončenia, v jednom prípade bolo vyústenie v sebapoškodenie. Vplyv majú aj vyjadrenia v médiách. Problémy s psychickým zdravím sú prezentované ako niečo čo sa dá jednoducho vyriešiť alebo ľudia, ktorí majú nejaké ochorenie sú automaticky ťažké prípady.

Polovica respondentov vníma ich skúsenosť so sebapoškodzovaním pozitívne. Jazvy im nevadia a nehanbia sa za ne. Vďaka tejto skúsenosti sú všímavejší, lepšie reagujú v situáciách, kedy to robí niekto iní aj im viac rozumejú. Zmenili tiež svoj postoj k životu (viac si ho vážia) a skúsenosť ich posilnila a vytriedili sa im priatelia tí skutoční od nepravých.

Prítomné sú obavy z odhalenia svojej skúsenosti najmä kvôli negatívnym skúsenostiam. Najčastejšími reakciami, s ktorými sa stretávajú sú označovanie a zvedavosť. Reakciou jedincov je rozhovor kde vysvetlia svoje správanie či použijú výhovorky. Zdôverujú sa lepšie ak je správanie ukončené a najmä blízkym. Niektorí hovoria radšej o sebapoškodzovaní všeobecne, než o svojej skúsenosti. Pri otvorení sa zažívajú nepríjemné pocity a nervozitu.

Zmeny vo vzťahoch neboli výrazné, no zaznamenaná bola hanba rodičov za správanie ich člena, ktorý za to mal pocity viny, výsmech zo strany spolužiakov alebo sa ukázala zmena správania blízkych, ktorí jedinca viac kontrolovali a chránili. Pohyb v spoločnosti nie je iný oproti obdobiu pred začiatkom sebapoškodzovania.

Respondenti sa stretli so situáciami ako ťažkosti so získaním pečiatky na prácu s deťmi, hrozenie odobratím detí, strach z neprijatia do zamestnania a neumožnenie štúdia na zvolenej škole. Sebapoškodzovanie život nijak neovplyvnilo, akurát že mali obdobie,

kedy nosili dlhé rukávy aj keď bolo teplo. Väčšina uviedla, že väčšiu stigmú vnímajú voči ich diagnózam či spojeniu s psychiatriou než kvôli sebapoškodzovaniu.

Aby jedinci ustáli niektoré situácie siahajú po vlastnej pomoci či podpore, ktorej sa im dostáva. Podpora má hlavne podobu osobného rozhovoru či prítomnosti druhých. Taktiež im pomáha kontakt s ľuďmi, rozprávať sa či čítať knižku.

Odkaz sebapoškodzujúcim je hlavne nehanbiť sa, nebáť sa o tom hovoriť a neobviňovať sa. Spoločnosti obzvlášť byť tolerantnejšou, snažiť sa porozumieť, hovoriť o tom a nečakať, keď to bude horšie.

Vzájomné stretnutie sebapoškodzujúcich je normálne, len v niektorých prípadoch je nepríjemné, kvôli spomienkam. Sú chvíle kedy napriek svojej skúsenosti nevedia druhému poradiť alebo si u nich nadmerne všímajú jazvy a rany.

Z rozhovoru nám vyplynuli dve témy. Jednou bolo špecializované vzdelanie ľudí na základe, ktorého sa očakáva porozumenie a adekvátny prístup k sebapoškodzujúcim. Lepší prístup je vnímaný zo strany psychológov, psychiatrov či mladšej generácie učiteľov. Ďalšiu tému sme označili ako „otrava“. Neustále opakovanie svojej skúsenosti, vysvetľovanie či obhajovanie sa je po čase iritujúce.

9 Súhrn

V teoretickej časti práce sme na začiatok vymedzili termín sebapoškodzovania. Jednou z najčastejšie využívaných foriem sebapoškodzovania je rezanie (Gregg, 2012; Klonsky, 2007). Teória protichodných procesov Solomona (1980) ukazuje, že opakovaním správania sa vytvára tolerancia k užíwanej forme. Jej zmenou sa tvorí nová tolerancia a pokračuje tak cyklus návyku (Stacy et al., 2018). K sebapoškodzovaniu najčastejšie vedú dôvody ako zastaviť zlé pocity, zmierniť pocity prázdnoty, samoty alebo izolácie, odvieť pozornosť od iných problémov, znížiť pocity hnevu, uvoľnenie napätia a riadiť bežiacie myšlienky (Selby, 2010).

V súvislosti s diagnózami ide často o emočne nestabilnú poruchu osobnosti hraničného typu, poruchy príjmu potravy, posttraumatickú stresovú poruchu či depresívnu poruchu (Kriegelová, 2008). Sebapoškodzovanie a suicidálne správanie sú často zamieňané (Koutek & Kocourková, 2003). Je však medzi nimi vzájomný vzťah a viac ako polovica sebapoškodzujúcich sa pokúsi aspoň raz o samovraždu (Koutek, 2014). V závere tejto kapitoly sa venujeme tiež modelu nepríjemných pocitov, sebapoškodzovaniu v súvislosti s adolescenciou a internetom.

V nasledujúcej kapitole sa krátko venujeme liečbe. Ak sú primárnou funkciou emócie, liečba sa musí zamerať na znižovanie emocionálnych spúšťačov a vzdelávanie v ďalších zručnostiach emočnej regulácie (Walsh, 2007). Sullivan (2017) hovorí, že povolenie určitého stupňa sebazraňovania v niektorých prípadoch môže byť jedinou možnosťou, ktorú je jedinec ochotný akceptovať.

V závislosti od témy práce sme sa vo väčšom celku venovali aj stigmatizácii. Verejná stigma prezentuje negatívne pôsobenie spoločnosti proti ľuďom s duševným ochorením (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005). Štrukturálna stigma súvisí s pravidlami, politikou, praxou vo verejných a súkromných inštitúciách s vplyvným postavením (Corrigan et al., 2005). V prípade internalizovanej stigmaty ide o zvnútorňovanie postojov spoločnosti, kedy sa jedinec stotožňuje s označením psychicky chorého (Ocisková et al., 2014). Corrigan a Rao (2012) prišli s progresívnym modelom stigmaty, ktorý má tri etapy – podvedomie, súhlas a aplikácia. Ako následok stigmaty je možné pozorovať efekt „Prečo to skúšať“ (Corrigan et al., 2009). „Coming out“ predstavuje odtajenie duševného ochorenia a tým stigmaty s ňou spojenou, môže to viesť k jej zníženiu (Corrigan et al., 2016).

Medzi všeobecnou populáciou a doktormi sa ukázalo, že doktori majú menej stigmatizujúce postoje (Winkler et al., 2016; Stuber et al., 2014). Rodina očakáva, že ich člen bude

považovaný za „iného“ a tým aj oni (Ocisková & Praško, 2015). Prijat' niekoho s históriou sebapoškodzovania napr. za priateľa sa ukazuje ako menej pravdepodobné (Burke et al., 2018). Hlásanie a vyjadrovanie médií o duševnom zdraví má stigmatizujúcu povahu (Janoušková & Winkler, 2015).

Výsledkom zverejnenia môže byť prijatie či hanba (Northrop, 2017). Sociálna izolácia reprezentuje hlavne prázdnu oblasť medziľudských vzťahov. Mohlo k nej dôjsť vyradením jedinca zo spoločnosti či sa jedinec izoloval sám (Ocisková & Praško, 2015). U Corrigan, Watsonovej a Barra (2006) dochádzalo k automatickému zníženiu sebaúcty aplikovaním stigmy na seba (Hofer et al., 2016).

V nadväznosti na tému sebapoškodzovania a stigmatizácie bolo v rámci poslednej oblasti teórie pojednané o stigmatizovanej identite a jazvách. Pri voľbe osoby, ktorej sa jedinec zdôverí so svojou identitou je veľmi opatrný. To platí obzvlášť pri prvom odhalení (Chaudoir & Quinn, 2010). Jedinci so sebapoškodzujúcou skúsenosťou sú často stigmatizovaní. Bežne sa stretávajú s označeniami, že sú blázni, vyžadujúci si pozornosť či iba manipulujú (Klonsky et al., 2011). Výsledky výskumu Lewis a Mehrabkhani (2015) ukazujú, že jazvy predstavovali napríklad významnú úlohu pri chápaní toho kým sa jedinci stali, prejav pocitu odolnosti či vnútornej sily, dôležitá súčasť ich osobného či životného príbehu.

Cieľom výskumnej časti bolo preskúmať fenomén stigmatizácie a sebastigmatizácie u zámerne sebapoškodzujúcich sa jedincov. Vedľajšími cieľmi tejto práce bolo porozumieť skúsenosti sebapoškodzujúcich so stigmatizáciou v spoločnosti a tiež so sebastigmatizáciou, ďalej ako stigma ovplyvňuje ich život a ako sa s ňou vyrovnávajú. Mali sme niekoľko výskumných otázok – Aká je skúsenosť respondentov so stigmatizáciou? Akými spôsobmi respondenti na stigmatizáciu reagujú a ako sa s ňou vyrovnávajú? Ako stigmatizácia prispieva k vzniku a rozvoju sebastigmatizácie?

Z dôvodu lepšieho porozumenia problematike bol zvolený kvalitatívny dizajn a dáta boli získané realizovaním polo-štruktúrovaných rozhovorov. Respondenti boli získaní zámerným výberom na základe inzerátov na internete: blogy a diskusné fóra na tému sebapoškodzovania. Výskumný súbor tvorilo 6 respondentov vo veku 18 - 34 rokov (5 žien a 1 muž). Rozhovory boli po transkripcii analyzované interpretatívnou fenomenologickou analýzou.

Pohľad spoločnosti na sebapoškodzovanie podľa respondentov je najmä, že je to ne-normálne, hlúpe a hrozné. Sebapoškodzujúcich vnímajú hlavne ako magorov či blbcov. U blízkych osôb je niekedy prítomné porozumenie. Názory ovplyvňujú sebapoškodzovanie ak

je aktívne. Svoju skúsenosť jedinci chápu najmä ako súčasť minulosti a ich samých a ako účinnú pomoc. Jazvy im nevadia.

Obavy z odhalenia súvisia s minulými negatívnymi skúsenosťami. Najčastejšími reakciami sú označovanie a zvedavosť. Reakciou jedincov býva vysvetlenie svojho správania alebo výhovorky. Zdôverujú sa lepšie ak už správanie nie je aktívne. Hovoria radšej o seba-poškodzovaní všeobecne, avšak nie vždy je to možné oddeliť. Po odhalení seba-poškodzovania dochádzalo ku krátkodobej zmene v komunikácii - citlivejši a opatrní.

Respondenti neuvádzali, že by došlo k výrazným zmenám v ich vzťahoch. Spomenuli však hanbu rodičov za správanie ich člena, výsmech zo strany spolužiakov či zmenu správania blízkych, ktorí ich viac kontrolovali a chránili. Pohyb v spoločnosti je rovnaký ako pred začiatkom seba-poškodzovania. Jeden z nich sa však viac izoluje aby sa vyhol otázkam a má aj ťažkosti s nadväzovaním partnerských vzťahov. Ukazujú sa však napr. ťažkosti so získaním pečiatky na prácu s deťmi, hrozba odobratia detí či strach z neprijatia do zamestnania. Väčšina uviedla, že väčšiu stigmú vnímajú voči ich diagnózam či spojeniu s psychiatriou než kvôli seba-poškodzovaniu.

Od ľudí s pedagogickým, psychologickým či medicínskym vzdelaním sa očakáva porozumenie a adekvátny prístup. U doktorov, sestričiek aj učiteľov je však častý negatívny prístup. Lepší prístup je vnímaní skôr zo strany psychológov, psychiatrov či mladšej generácie učiteľov. Neustále opakovanie toho istého čo už niekedy niekomu povedali o svojej skúsenosti, vysvetľovanie či obhajovanie sa je po čase značne iritujúce.

Jedným z limitov výskumu je menší výskumný súbor kvôli, ktorému je nemožné zovšeobecniť tieto výsledky na celú populáciu. Za prínos považujeme získanie rôznych pohľadov na skúsenosť so stigmatizáciou a množstvo informácií, ktoré môžu slúžiť ako impulz pre ďalší výskum. Ukazujú sa nedostatky v spoločnosti na ktorých treba pracovať, a to obzvlášť na prístupe k seba-poškodzujúcim zo strany odbornej aj laickej verejnosti.

Zoznam použitých zdrojov a literatúry

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association. doi: 0.1002/9781118625392.wbecp308

Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry Journal*, 29, 390-395. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.10.004

Bachtelle, S. E. & Pepper, C. M. (2015). The physical results of nonsuicidal self-injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(12), 927-933. doi: 10.1097/nmd.0000000000000398

Bos, A. E. R., Kanner, D., Muris, P., Janssen, B., & Mayer, B. (2009). Mental illness stigma and disclosure: consequences of coming out of the closet. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 509-513. doi: 10.1080/01612840802601382

Boyd, J. E., Katz, E. P., Link, B. G., & Phelan, J. C. (2010). The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 1063-1070. doi: 10.1007/s00127-009-0147-9

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

Burke, T. A., Piccirillo, M. L., Moore-Berg, S. L., Alloy, L. B., & Heimberg, R. G. (2018). The stigmatization of nonsuicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 1-18. doi: 10.1002/jclp.22713

Camacho, G., Reinka, M. A., & Quinn, D. M. (2020). Disclosure and concealment of stigmatized identities. *Current Opinion in Psychology*, 31, 28-32. doi: 10.1016/j.copsy.2019.07.031

Camp, D. L., Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2002). Low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science & Medicine*, 55, 823-834. doi: 10.1016/s0277-9536(01)00205-2

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

Cechnicki, A. & Bielańska, A. (2009). Demographic, social and clinical variables of anticipated and experienced stigma of mental illness. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 49-63.

http://www.webmail.archivespp.pl/uploads/images/2009_11_2/p49_Archives%202_09.pdf

Cook, J. E., Germano, A. L., & Stadler, G. (2016). An exploratory investigation of social stigma and concealment in patients with multiple sclerosis. *Journal of MS Care*, 18, 78-84. doi: 10.7224/1537-2073.2015-021

Cornwell, E. Y. & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31-48. doi: 10.1177/002214650905000103

Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20. PMID: 16946807

Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179-190. doi: 10.1016/j.appsy.2005.07.001

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884. doi: 10.1521/jscp.2006.25.8.875

Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the „why try“ effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81. doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x

Corrigan, P. W., Morris, S., Larson, J., Rafacz, J., Wassel, A., Michaels, P., ... Rüsç N. (2010). Self-stigma and coming out about one's mental illness. *Journal of Community Psychology*, 38, 259–275. doi: 10.1002/jcop.20363

Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsç, N. (2011). Examining a professional model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189, 339-343. doi: 10.1016/j.psychres.2011.05.024

Corrigan, P. W. & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469. doi: 10.1177/070674371205700804

Corrigan, P. W., Kosyluk, K., & Rüsç, N. (2013). Reducing self-stigma by coming out proud. *American Journal of Public Health*, 103(5), 794-800. doi: 10.2105/AJPH.2012.301037

Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Powell, K., Bink, A., Sheehan, L., Schmidt, A., Apa, B., & Al-Khouja, M. (2016). Who comes out with their mental illness and how does it help? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(3), 163-168. doi: 0.1097/NMD.0000000000000461

Corrigan, P. W., Nieweglowski, K., & Sayer, J. (2018). Self-stigma and the mediating impact of the “why try” effect on depression. *Journal of Community Psychology*, 47(3), 698-705. doi: <https://doi.org/10.1002/jcop.22144>

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

Dikeç, G., Uzunođlu G., & Gümüş, F. (2019). Stigmatization experiences of Turkish parents of patients hospitalized in child and adolescent psychiatric clinics. *Perspectives in psychiatric care*. 1-8. doi: 10.1111/ppc.12361

- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 176-181. doi: 10.1192/bjp.184.2.176
- Dolezal, L. & Lyons, B. (2017). Health-related shame an affective determinant of healthy? *Medical Humanities*, 43(4), 257-263. doi: 10.1136/medhum-2017-011186
- Duggan, J., Heath, N. & Hu, T. (2015). Non-suicidal self-injury maintenance and cessation among adolescents: a one-year longitudinal investigation of the role of objectified body consciousness, depression and emotion dysregulation. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 1-12. doi: 10.1186/s13034-015-0052-9
- Edmondson, A. J. Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*, 191, 109-117. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11>
- Edwards, S. & Hewitt, J. (2011). Can supervising self-harm be part of ethical nursing practice? *Nursing Ethics*, 18, 79–87. doi: 10.1177/0969733010386166
- Elkingston, K. S., Hackler, D., Walsh, T. A., Latack, J. A., McKinnon, K., Borges, C., Wright, E. R., & Wainberg, M. L. (2013). Perceived mental illness stigma, intimate relationships and sexual risk behavior in youth with mental illness. *Journal of Adolescent Research*, 28(3), 378-404. doi: 10.1177/0743558412467686
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional experiential avoidance questionnaire. *Psychological Assessment*, 23, 692–713. doi: 10.1037/a0023242
- Gemer, Ch. K. & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practise. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 69(8), 1-12. doi: 10.1002/jclp.22021
- Goffman, E. (2003). *Stigma: Poznámky k problému zvládání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství/Most.

González, J. M., Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Hernandez, M., Rosenheck, R. A., ... Bowden, C. L. (2007). Factors associated with Stigma among caregivers of patients with bipolar disorder in the STEP-BD study. *Psychiatric Services*, 58(1), 41-48.

doi: 10.1176/ps.2007.58.1.41

González-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., & Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus group. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 14-23. doi: 10.1007/s00127-006-0126-3

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

Hack, J. & Martin, G. (2018). Expressed emotion, shame, and non-suicidal self-injury. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(890), 1-18. doi: 10.3390/ijerph15050890

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

Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 32–43. doi: <https://doi.org/10.1037/a0014672>

Hodgson, S. (2004). Cutting through the silence: a sociological construction of self-injury. *Sociol Ing.* 74(2), 162-179. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.2004.00085.x>

Hofer, A., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Suzuki, T., Pardeller, S., ... Uchida, H. (2016). Resilience, internalized stigma, self-esteem, and hopelessness among people with schizophrenia: Cultural comparison in Austria and Japan. *Schizophrenia Research*, 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.027>

Horsfield, P., Stolzenburg, S., Hahm, S., Tomczyk, S., Muehlan, H., Schmidt, S., & Schomerus, G. (2019). Self-labeling as having a mental or physical illness: the effects of stigma and implications for help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-10.
doi: 10.1007/s00127-019-01787-7

Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho Rebelo, M. A., Scott, A., Staniulienė, V., & Zanotti, R. (2010). Nurses attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 350-362.
doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.08.008

Chandler, A. (2014). Narrating the self-injured body. *Journal of Medical Humanities*, 40, 111-116. doi: 10.1136/medhum-2013-010488

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

Chaudoir, S. R. & Fisher, J. D. (2010). The disclosure processes model: understanding disclosure decision making and postdisclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychology Bulletin*, 136(2), 236-256. doi: 10.1037/a0018193

Chaudoir, S. R. & Quinn, D. M. (2010). Revealing concealable stigmatized identities: The impact of disclosure motivations and positive first-disclosure experiences on fear of disclosure and well-being. *Journal of Social Issues*, 66(3), 570-584.
doi: 10.1111/j.1540-4560.2010.01663.x

Janoušková, M. & Winkler, P. (2015). Stigma a psychiatrie. *Psychiatrie*, 19(1), 30-36. Získané 26. 01. 2020 z <https://docplayer.cz/24553051-Miroslava-janouskova-petr-winkler-narodni-ustav-dusevniho-zdravi-klecany.html>.

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

- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*, 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J., Lewis, S. P., & Walsh, B. (2011). *Non-suicidal self-injury*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber. Získané 20. 02. 2020 z https://pubengine2.s3.amazonaws.com/preview/99.110005/9781616763374_preview.pdf
- Koutek, J. & Kocourková, J. (2003). *Sebevražedné chování. Praha: Portál.*
- Koutek, J. (2014). Autoagresivní chování v dospívání. In Kabíček, P., Csémy, L., Hamanová, J., & et al. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví* (162-166). Praha: Triton.
- Kriegelová, M. (2008). *Zámerné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada.
- Lauw, M., How, H. Ch., & Loh, C. (2015). Deliberate self-harm in adolescents. *Singapore Medical Journal, 56*(6), 306-309. doi: 10.11622/smedj.2015087
- Laye-Gindhu, A. & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the „whats“ and „whys“ of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence, 34*(5), 447-457. doi: 10.1007/s10964-005-7262-z
- Letovancová, K., Kovalčíková, N., & Dobříková, P. (2017). Attitude of society towards people with mental illness: The result of national survey of the Slovak population. *International Journal of Social Psychiatry, 1-6*. doi: 10.1177/0020764017696334
- Lewis, S. P. & Baker, T. G. (2011). The possible risks of self-injury web sites: a content analysis. *Archives of Suicide Research, 15*, 390-396. doi: 10.1080/13811118.2011.616154
- Lewis, S. P., Rosenrot, S. A., & Messner, M. A. (2012). Seeking validation in unlikely places: the nature of online questions about non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research, 16*, 263-272. doi: 10.1080/13811118.2012.695274

Lewis, S. P. & Mehrabkhani, S. (2015). Every scar tells a story: Insight into people's self-injury scar experiences. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-15.
doi: 10.1080/09515070.2015.1088431.

Lewis, S. P. (2016). The overlooked role of self-injury scars. Commentary and suggestions for clinical practise. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(1), 33-35.
doi: 10.1097/nmd.0000000000000436

Link, G. B. & Phelan, C. J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of sociology*, 27(6), 363-385. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Long, M. (2019). Self-injury, stigma, and identity: The Northern Ireland context. *Deviant Behaviour*, 1-16. doi: 10.1080/01639625.2019.1672851

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

Moses, T. (2010). Being treated differently: stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science & Medicine Journal*, 70(7), 985-993. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.12.022

Na rovinu (nedat.). *StigmaWatch*. Získané 23. 02. 2020 z www.narovinu.net/stigmawatch/

Nawka, A., Rukavina, T. V., Nawková, L., Jovanović, N., Brborović, O., & Raboch, J. (2012). Psychiatric disorders and aggression in the printed media: is there a link? a central European perspective. *BMC Psychiatry*, 12(1). 1-8. doi: 10.1186/1471-244x-12-19

Nessler, T. (2011). Narrated truths: the imagine of psychiatry in the media. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(2). 124-128. doi: 10.1007/s00406-011-0253-z

Nicholson Jr., N. R. (2009). Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1342-1352.
doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04959.x

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

Northrop, J. M. (2017). A dirty little secret stigma, shame and hepatitis C in the health setting. *Medical Humanities, 43*(4), 218-224. doi: 10.1136/medhum-2016-011099

Ocisková, M., Praško, J., Vrbová, K., Kamarádova, D., Jelenova, D., Látalová, K., Mainero, B., Sedláčková, Z., & Ticháčková, A. (2014). Stigmatizace a sebe-stigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie, 110*(5), 250-258. Získané 16. 01.2020 z <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=980>

Ocisková, M. & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebastigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada.

Pachankis, J. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin Journal, 133*(2), 328–345. doi: 10.1037/0033-2909.133.2.328

Palouchová, J. & Heretik Jr., A. (2009). Stigma duševných porúch z pohľadu ľudí s diagnózou schizofrénia. Výsledky výskumu. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika, 16*(01), 2-11. Získané 28. 02. 2020 z <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2009/PSY1-2009-cla1.pdf>

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

Quinn, D. M. & Chaudoir, S. R. (2009). Living with a concealable stigmatized identity: the impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology, 97*(4), 634-651. doi: 10.1037/a0015815

Quinn, D. M. & Earnshaw, V. A. (2011). Understanding concealable stigmatized identities: The role of identity in psychological, physical, and behavioral outcomes. *Social Issues and Policy Review*, 5(1), 160-190. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2011.01029.x>

Ritsher J. B. & Phelan J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257–265.
doi: 10.1016/j.psychres.2004.08.003

Rohner, R. (2005). Glossary of Significant Concept In Parental Acceptance-Rejection Theory (PARTheory). Získané 01. 02. 2020 z
<https://csiar.uconn.edu/wp-content/uploads/sites/494/2014/02/Glossary.pdf>

Rozsivalová, E. (2016). Sebeпоškozování v dětství a dospívání. *Psychiatrie pro praxi*, 17(2), 61-63.
Získané 27. 02. 2018 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2016/01/06.pdf>

Rowe, J. & Jaye, Ch. (2017). Caring for self-harming patients in general practice. *Journal of Primary Health Care*, 9(4), 279-285. doi: 10.1071/HC17023

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

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry Journal*, 20(8), 529-539. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004

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

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

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

Schomerus, G., Schwan, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440-452.
doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x

Schulze, B. & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299-312. doi:10.1016/s0277-9536(02)00028-x

Smith, A. J, Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage Publications.

Solomon, R. L. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation: the costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist*, 35(8), 691-712.
doi: 10.1037//0003-066x.35.8.691

Stacy, E. S., Bandel, S. L., Lear, M. K., & Pepper, C. M. (2018). Before, during and after self injury. The practise patterns of nonsuicidal self injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 522-527. doi: 10.1097/NMD.0000000000000846

Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A., & Link, B. G. (2014). Conceptions of mental illness: Attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric Services*, 65(4), 490-497. doi: 10.1176/appi.ps.201300136

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

Šlesariková, S. (2018). *Zámerné sebapoškodzovanie*. (Nepublikovaná bakalárska diplomová práca). Univerzita Palackého v Olomouci.

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

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

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

Watson, A., Larson, E. J., Corrigan, P., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 6, 1312-1318. doi: 10.1093/schbul/sbl076

Weisz, B. M., Quinn, D. M., & Williams, M. K. (2015). Out and healthy: Being more „out” about a concealable stigmatized identity may boost the health benefits of social support. *Journal of Health Psychology*, 1-10. doi: 10.1177/1359105315589392

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

Winkler, P., Mladá, K., Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Csémy, L., & Evans-Lacko, S. (2016). Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-9. doi: 10.1007/s00127-016-1263-y

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

Zäske, H. (2017). The influence of stigma on the course of illness. In W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius (Eds.), *The stigma of mental illness — End of the story?* 141–155. Springer International Publishing. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_8

PRÍLOHY

Zoznam príloh

Príloha č. 1: Abstrakt BcDP v slovenskom jazyku

Príloha č. 2: Abstrakt BcDP v anglickom jazyku

Príloha č. 3: Otázky k rozhovoru

Príloha č. 4: Informovaný súhlas pre respondentov

Príloha č. 5: Ukážka prepisu rozhovoru

Príloha č. 1: Abstrakt MgrDP v slovenskom jazyku

ABSTRAKT MAGISTERSKEJ DIPLOMOVEJ PRÁCE

Názov práce: Stigmatizácia a sebastigmatizácia u zámerne sabapoškodzujúcich jedincov

Autor práce: Bc. Simona Šlesariková

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

Počet strán a znakov: 102 strán a 207 786 znakov

Počet príloh: 5

Počet titulov použitej literatúry: 105

Abstrakt:

Stigmatizácia je veľká téma aj problém spoločnosti. Jej prítomnosť ovplyvňuje život seba-poškodzujúcich a otriasa ich identitou. Zaujímalo nás aká je skúsenosť respondentov so stigmatizáciou, akými spôsobmi respondenti na stigmatizáciu reagujú a ako sa s ňou vyrovnávajú a ako stigmatizácia prispieva k vzniku a rozvoju sebastigmatizácie. V prvej časti teoretickej práce sa venujeme seba-poškodzovaniu, jeho klasifikáciám a formám, spojeniu so suicidálnym správaním, motivácii, rizikovým faktorom, vzťahom s psychiatrickými diagnózami a terapiou seba-poškodzovania. Ďalšia časť je zameraná na stigmatizáciu, jej druhy, aktérov tohto procesu, rovnako tak na dôsledky, stigmatizovanú identitu a jazvy. Respondentov sme získali samovýberom prostredníctvom inzerátu na internete (blogy a fóra na tému seba-poškodzovania). V rámci výskumu sme mali respondentov vo veku 18 - 34 rokov. Jednalo sa o 5 žien a 1 muža. Získanie dát prebehlo prostredníctvom polo-štruktúrovaného rozhovoru, ktorý bol zameraný na skúsenosť so stigmatizáciou. Po doslovnej transkripcii rozhovoru boli dáta vyhodnotené interpretatívnou fenomenologickou analýzou. Z rozhovorov vyplynuli ďalšie dve témy, a to vzdelanie a „otrava“.

Kľúčové slová: seba-poškodzovanie, zámerne seba-poškodzovanie, nesuicidálne sebazraňovanie, stigmatizácia, sebastigmatizácia

Príloha č. 2: Abstrakt MgrDP v anglickom jazyku

ABSTRACT OF THESIS

Title: The stigmatization and self-stigmatization on deliberately self-harming individuals

Author: Bc. Simona Šlesariková

Supervisor: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Number of pages and characters: 102 pages and 207 786 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 105

Abstract:

Stigmatization is both a big topic and problem for society. Its presence affects the lives of the self-harmful and shakes their identity. We were interested in the respondents' experience with stigmatization, how the respondents react to stigmatization and how they deal with it and how stigmatization contributes to the emergence and development of self-stigmatization. In the first part of the theoretical part we deal with self-harm, its classifications and forms, connection with suicidal behavior, motivation, risk factors, relationship with psychiatric diagnoses and therapy of self-harm. The next part is focused on stigmatization, its types, actors of this process, as well as consequences, stigmatized identity and scars. Respondents were self-selected through advertisements on the Internet (blogs and forums on self-harm). Within the research we had respondents aged 18 – 34 years. There were 5 women and 1 man. The data were collected through a semi-structured interview focused on the stigmatization experience. After literal transcription of the interview, the data were evaluated by interpretative phenomenological analysis. Two more topics emerged from the interviews, education and irritation.

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

Príloha č. 3: Otázky k rozhovoru

1. Čo si podľa vás myslí spoločnosť o sebapoškodzujúcich?
2. Ovplyvňuje/Ovplyvňovalo to niekedy vaše SP? resp. pôsobí to na vás nejak všeobecne?
3. Máte/Mali ste obavy z toho ako ľudia prijímú vaše sebapoškodzovanie?
4. Ako sa vám o sebapoškodzovaní hovorí?
5. Aká býva/bola reakcia na vaše sebapoškodzovanie?
6. S akými názormi, predsudkami či situáciami ste sa stretli po odhalení sebapoškodzovania pred inými?
7. Ako vnímate vaše sebapoškodzovanie?
8. Zažili ste situáciu, kedy váš život negatívne ovplyvnili názory/predsudky voči sebapoškodzujúcim osobám?
9. Ako sebapoškodzovanie ovplyvňuje váš život (osobný, rodinný, pracovný...)
- vnímate to ako prekážku?
10. Cítite sa stigmatizovaný kvôli sebapoškodzovaniu?
- ako?
11. Aké sú vaše vzťahy s okolím? (rodina, priatelia, partneri, kolegovia/učitelia, zdravotníci...)
- ako vnímajú vaše sebapoškodzovanie?
12. Ako vaše sebapoškodzovanie ovplyvnilo vzťahy?
13. Ovplyvňujú vaše vzťahy nejak sebapoškodzovanie?
14. Akú podporu dostávate od vášho okolia?
15. Ako sa cítite medzi ľuďmi, v spoločnosti?
16. Ako sa cítite, keď stretnete niekoho kto sa sebapoškodzuje?
17. Čo sa zmenilo vo vás?
18. Čo vo vašom živote zmenilo SP?
19. Čo vám pomáha, keď sa cítite zle?
20. Čo by ste odkázali ostatným – spoločnosti aj sebapoškodzujúcim?
21. Chceli by ste ešte niečo povedať?

Príloha č. 4: Informovaný súhlas

INFORMÁCIA PRE RESPONDENTA

Dovoľujeme si Vás požiadať o spoluprácu na výskumnom projekte *Stigmatizácia a sebastigmatizácia zámerne sebapoškodzujúcich jedincov*, ktorého cieľom je zistiť ako respondenti vnímajú svoju skúsenosť so stigmatizáciou.

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

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

Kontakt:

Odborný dohľad nad výskumom vykonáva PhDr. Olga Pechová, PhD

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

Výskum vykonáva: Bc. Simona Šlesariková, študentka Katedry psychológie

V prípade akýchkoľvek otázok ma môžete kontaktovať na emailovej adrese:

vyskumdsh2017@gmail.com

INFORMOVANÝ SÚHLAS

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

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

Príloha č. 5: Ukážka prepisu rozhovoru

(...) Ja: Spomenula si, že dôvodom bola hanba.

R2: Pretože ľudia majú za to tendenciu sa trochu posmievať, pretože vlastne ako bolo emo, a táto takzvaná emo subkultúra, podľa mňa v zásade nikto takto reálne nebol, len to bol nejaký mediálny konštrukt. Tak majú často potrebu si z toho robiť srandu. Čo nie je úplne príjemné a vo všeobecnosti to rôzne zosmiešňujú a asi preto to bolo asi najviac nepríjemné. A potom u doktorov. Pretože, keď človek príde ku doktorovi, tak z nejakého dôvodu mám pocit, že akonáhle vidí tie jazvy tak majú okamžite potrebu to nejak rozmazávať a ja vlastne robím s deťmi, robím skautskú vedúcu. Mne nič nie je. Ja už som dneska úplne v pohode, ale niekto kto vidí tie jazvy u toho doktora, tak to začne nejak preberať či mi vôbec môže dať pečiatku na tú prácu s deťmi. Pritom ja som proste sa rezala ako 13-ročná baba, takže dneska už to vôbec neriešim, ale takže aj u tých doktorov je to tak trochu ako nepríjemné, že majú tendenciu akoby stále riešiť či nie som stále trochu magor. Plus aj tá stigmatizácia toho magora tam vlastne je. Že kto seba reže musí byť predsa úplne padnutý na hlavu, takže asi tak tá hanba je tam hlavne kvôli tým predsudkom. Ma napadá, to ty si bola proste emo, keď si to niekto všimne tak vyložene dokonca som sa stretla, že mi ten človek začal na tú ruku ukazovať „a toto čo je, to si bola 13-ročná emáčka?“. Tak hovorím áno, bola. A každý v 13-tich robí nejaké rôzne hovadiny, a tak ja som robila toto. A čo ako. Teraz je to pre mňa už akoby viac v pohode, ale nebolo to príjemné, keď to niekto robil. Takže asi najviac toto, že tá emáčka, tieto zosmiešňovacie veci.

Ja: Čo si podľa teba myslí spoločnosť o sebapoškodzujúcich?

R2: Osobne s čím som sa z každej strany stretla tak, že sú tí ľudia ako nejakým spôsobom úplne blbí, akože ani nie, žeby boli blázni či mali psychický problém, ale že sú proste blbí. Ublížovať si ako podľa ľudí čo som mala tú spätnú väzbu, že to môže robiť niekto úplne blbý. To si akože myslím, že je to samozrejme úplný nezmysel. Predsa len to nemá s inteligenciou vôbec čo robiť. A vo všeobecnosti mi to príde, že to tí ľudia berú fakt ako niečo... ja neviem, ako keby bol niekto pedofil alebo niečo fakt vyložene hrozné čo nedokážu vôbec pochopiť. Ako niekto môže robiť niečo tak hlúpe. Takže takto mi to príde, že pre tých ľudí, že to nerobia zo zlého úmyslu, ale skôr si to vôbec nevedie predstaviť, že by niekto mohol mať chuť ublížiť sám sebe. Tým, že nejak ten človek napríklad nemá nejak problém tak ho toto ani nenapadne. A to je asi to čo mi tam príde najdôležitejšie, že proste tá téma je pre ľudí tak divná, že okamžite majú pocit, že človek musí byť automaticky blbý aby robil niečo také. Ja si myslím, že určitým spôsobom je to možno nejaké tabu, pretože tak všeobecne až

možno k pravku tam máme v sebe nejak zakódované, že ubližovať svojmu telu je chyba pokiaľ chceme prežiť, tak nám to vôbec nepomôže k prežitiu. Takže možno je to aj tá pudová stratégia čo v sebe asi máme, a potom si myslím, že je to aj preto, že tí ľudia fakt úplne nechápu aká je tá motivácia tých sebapoškodzujúcich sa ľudí. Veľmi často si myslím, že to aj berú tak, že je to len nejaká sranda alebo zviditeľnenie, že tam vlastne nevidia tú vnútornú bolesť, skôr nejaké to predvádzanie sa a podobne. Takže si myslím, že je to tým, že to tí ľudia nepoznajú. A ani sa o to si myslím, nejak závratne moc nehovorí, že by som videla nejaké spracované témy tu v médiách alebo niečo. Proste neobjavuje sa to. Takže si myslím, že fakt tí ľudia, len nevedia.

Ja: Prečo myslíš, že je tomu takto?

R2: Ja myslím, že to súvisí tak ako všeobecne, že tá spoločnosť sa úplne nevenuje duševným ochoreniam. Že stále aj, keď máme nejakých 30 rokov nejakej slobody, tak sa k tým psychicky chorým ľuďom často trochu správame ako za socializmu, že ich proste niekde zatvoríme. Že sa o tom vôbec nehovorí. A myslím si, že je to tak nejak všeobecne, že tá psychiatrická starostlivosť tu v Česku respektíve tu v tých postkomunistických zemiach, sa všeobecne nehovorí kto bol niekedy v blázinci alebo má nejaké, čo v blázinci, že len chodí k psychiatrovi tak už je divný a je s ním niečo zle akoby. Takže sa to neberie ako niečo, čo aha tak ten človek má nejaký problém a potrebuje pomôcť, ale skôr tento človek je slabý, je proste neschopný, je s ním niečo zlé a myslím, že to sebapoškodzovanie to ukazuje úplne najviac, že vlastne človek sa na to radšej nechce pozerat', pretože by si ako musel priznať, že sú ľudia, ktorí majú fakt nejaké závažné problémy, tak sa to snažia skôr odsúvať, bagatelizovať a všeobecne nevidieť, že niečo také existuje.

Ja: Oplyvňovalo to niekedy vaše sebapoškodzovanie?

R2: No ono hrozne záleží ako v akom čase života. Akože, keď som ho robila alebo v dobe potom, či v súčasnosti?

Ja: Oboje.

R2: V dobe, kedy som sa k tomu ako uchýlovala, tak určite za A, tak vnútorne, že som si skrz to ventilovala nejakú vnútornú bolesť, a tak aj navonok, že vlastne na mne bolo vidieť, že mám nejaké zranenie tak sa tí ľudia zaujímali a niektorí teda v dobrom, niektorí skôr tak ako si hovorili, že som blbá, a potom to nejak bagatelizovali. Takže v tej dobe samozrejme určite. A navyše ja som nejak nemala úplne vyložene potrebu to ukrývať alebo si ubližovať na miestach, kde to tí ľudia nevidia. A myslím si, že z časti v tých ako 13-tich to aj bolo preto, že som chcela aby to niekto videl a aby mi ako pomohol, a potom neskôr si myslím, že som na to dlhú dobu nemyslela, ale že tým, že potom tomu človeku zostanú tie jazvy tak

je to s ním nastálo. A ešte tým, že mám tie jazvy na rukách, na viditeľných miestach tak v podstate ich každý deň vidím, každý deň mi to pripomenie, že to sú jazvy, ktoré sú spôsobené mnou samotnou, ale v zásade... svojim spôsobom mi to dáva, také akože nezabúdam na to, že som niečím prešla a že tak ako majú bojovníci jazvy z boja. Tak pre mňa to bol tiež nejakým spôsobom boj, aj keď vnútorný tak rovnako to bol boj a vlastne som dneska rada, že už som za tým, že už to nepotrebujem takže aj dneska mi to furt pripomína, že bolo horšie. Takže to beriem ako takú pripomienku na minulosť. No a teraz ako ma to ovplyvňuje asi občas tými reakciami toho okolia, ale to je skôr také ako, nie je to moc časté... navyše moji kamaráti už ma takto poznajú, tak neriešia to, ale občas u tých cudzích ľudí sú na to otázky a tak. A to je asi jediné ako ma to ešte ovplyvňuje.

Ja: Názor spoločnosti mal nejaký vplyv na sebapoškodzovanie?

R2: Ja si myslím, že asi ako ani moc nie. Pretože ja nie som úplne typ človeka, čo nejak moc rieši čo a ako spoločnosť. Skôr sa naopak snažím ja byť ten človek čo tej spoločnosti niečo ukazuje a tak, takže tam si myslím, že asi ani moc nie. Ale ako občas je to nepríjemné, to je jasné zvlášť u tých cudzích ľudí. A myslím si, že je to zvlášť aj s tými doktormi. Oni akoby mali o tom niečo vedieť, pretože predsa len sú zdravotníci a toto patrí do ich sféry, ale aj tak sa stretávam s tým, že aj tí zdravotníci majú na to ako blbé prupovídky a oni nevedia či sú to jazvy z minulého mesiaca alebo sú tam roky, či mám niekde nejaké ďalšie takže si myslím, že zrovna tí zdravotníci by si sakra mali dávať pozor na to ako o tom hovoria, pretože ja keby som stále mala nejaké tendencie sa poškodzovať na napríklad miestach na ktorých si oni nevšimnú a oni „ježííš mariááá no vy ste ale blbá, prečo ste to ako robili?“. Čo si myslím, že ako úplne nepomôžu takéto veci. Ako môj život to nejak vyložene neovplyvňuje, ale myslím si, že život nejakých iných ľudí, ktorý sa ešte s tým sebapoškodzovaním nezrovnali takže by to ovplyvňovať mohlo. Ale teda zrovna tento prístup.

Ja: Ako sa vám o sebapoškodzovaní hovorí?

R2: Ako s kým. Akože nie je to téma, ktorú vytiahnem pri pive. A všeobecne táto téma je... ako aj teraz som taká trošku nervózna, pretože proste... to je taká hrozne osobná téma, to je proste jedna z tých intímnejších vecí, takže asi nikomu sa nechce úplne baviť o intímnych veciach a všeobecne mám okolo seba celkom dosť málo ľudí, ktorí tým samy prešli a s tými je to v pohode. Pretože tí to chápú, pretože vlastne presne vedia čo za tým je, takže im nemusím nič vysvetľovať, ani sa nejakým spôsobom obhajovať alebo čo, ale oni proste vedia, takže si skôr pohovoríme o tom, že ako áno, robil som to takto, robil som to preto a ako. Ten rozhovor je proste nejakým spôsobom možno aj obohacujúci, ale s ľuďmi, ktorí s tým tú skúsenosť nemajú je to skôr trošku mi to príde až výsluch, že oni sú strašne zvedaví, tak oni

sa stále pýtajú „a prečo a čo ťa k tomu viedlo, a však to predsa nie je žiadne riešenie“ a takéto až klišé, takže to asi nie je nejak téma, ktorú by som často a rada otvárala. Ale keď už sa otvorí, tak k nej väčšinou hovorím práve preto aby som aj tým ľuďom dala ten iný pohľad, než ten, ktorý oni majú na základe svojich predstáv, ktoré nie sú pravdivé, ale nie je to zrovna téma, ktorú by som vyhl'adávala.

Ja: S ľuďmi, ktorí tú skúsenosť majú je ten rozhovor jednoduchší.

R2: Áno, tam áno. Ja mám totiž výhodu z časti v tom, že môj brat aj môj manžel majú obaja skúsenosť so sebapoškodzovaním za sebou. Teda môj muž trošku v inom štýle, on nebol ten pubertálny rezací typ, ale on skôr má občas záchvat zlosti a keď bol mladší, tak ten záchvat zlosti obracal, tú agresiu voči sebe. Že si napríklad rozmlátil kĺby na prstoch o stenu, no prosto takéto skôr záchvatové veci, ale vďaka tomu on prosto chápe čo sa človeku vo vnútri odohráva, že to potrebuje ventilovať tou bolesťou smerom k sebe, takže tam to je, nie že fajn, nie som rada, že to zažil, ale som rada, že vďaka tomu, môžeme o tom hovoriť nejak otvorene. Takže ako z tých najbližších ľudí asi ani ako nemám pocit, lebo aj moja dobrá kamarátka má za sebou skúsenosť s bulímiou, čož je tiež určitý spôsob sebapoškodzovania, takže vlastne asi to tak nejak vyšlo, že tí najbližší ľudia v mojom živote, asi sme v niečom podobní, takže aj v tomto je to v pohode. Možno s rodičmi to úplne nevyt'ahujeme, ale to zas asi aj preto, že pre nich to vtedy bola ťažká skúsenosť, lebo u mňa to bolo spojené aj s pokusmi o samovraždu a ďalšími vecami, takže asi to s nimi nie je jednoduché, pretože im to pripomína, že sa stalo v minulosti niečo takto zlé.

Ja: Dokázali ste sa vtedy o tom rozprávať?

R2: Nevieam. Vtedy to bolo dosť náročné. Myslím, že pre všetkých zúčastnených. Pre celú tú rodinu, takže ani úplne neviem či sme sa o tom vyložene nejak bavili. Skôr nie, no. Pretože naši to trošku brali ako svoje zlyhanie, vtedy ako moje psychologické tak psychiatrické problémy. Takže neviem. Tam akonáhle sa to trochu vyriešilo, tak už sme sa k tomu moc nevracali. A možno až dneska ako, tak s mamkou, ale tato, tam to nemá ani moc zmysel.

Nie je to téma, ktorú by som začínala ja väčšinou. Nevieam, ako nedá sa povedať ako často sa o tom s niekým bavím, ale keď dôjde reč tak prosto sa tej téme nejak vyložene nevyhýbam.

Ja: Mali ste obavy z toho ako ľudia prijmu sebapoškodzovanie?

R2: No zase v rôznych obdobiach života rôzne. Minimálne z toho začiatku to bolo aj z časti tak, že som možno aj trochu chcela aby si to všimli, pretože som inak nevedela ako im dať najavo, že je nejaký problém. A teraz je to práve o tom, že málokedy to tí ľudia prijmu takým spôsobom aký dáva pre mňa zmysel, takže si skôr sama snažím zahrať, skôr možno to aj trochu bagatelizovať. Pretože asi nemám náladu, každému druhému furt vysvetľovať čo za

tým je. Pretože je to celkom dosť vážna téma, ktorá keď sa napríklad začne riešiť v krčme nechcem pri tom skysnúť celý večer a navyiac, nie je to tak, že by som tým nejak trpela, že tí ľudia k tomu majú blbý postoj, ale samozrejme, že nie sú to úplne priamo obavy, ale ani to nie je nejaké nadšenie, ale obavy sú silné slovo, ale zrovna sa nehniem do toho to nejak zdieľať a preberať asi.

Ja: Aká býva/bola reakcia na vaše sebapoškodzovanie?

R2: No to je tiež rôzne. Ale ako u takých tých bližších ľudí si to popravde nepamätám, pretože už je to dosť dlho nato, tam už to beriem tak, že to vedia odjakživa, takže tam si úplne nie som istá, ale úplne najčastejšie inak je otázka, hlavne na tie jazvy „od čoho to máš? ty si sa ako rezala? ty si sa ako sebapoškodzovala?“ a tu najčastejšie je to zvedavosť, tá otázka, že kde sa to ako zobralo, „ježiš ty si bola asi úplne blbá“ a potom to emo. S tým som sa stretla dosť krát. „Aha, ty si bola akože nejaké emo? Alebo čo?“. Tak s tým som sa stretla ako viac krát, no. Ale inak no, to tí ľudia často prechádzajú, proste neriešia, že nemajú na to žiadnu reakciu. A tak keď som mala 14-násť tak som sa sebapoškodzovala, tak si skôr všimnú tých jaziev samotných a nie každý sa na to pýta, niekto to proste nerieši.

Ja: S akými si sa ešte stretla situáciami?

R2: Ja si myslím, že nejaké vyložene odsudzovanie alebo predsudky ani nie. Skôr takéto tieto trošku možno až skoro nevinné poznámky voči mne. Voči človeku, ktorý by to stále robil by mu to mohlo asi tú paseku v hlave narobiť väčšiu, ale s nejakým vyložene odsudzovaním alebo posmeškami som sa asi nikdy nestretla. Ja sa asi aj pohybujem v spoločnosti dosť divných ľudí takže tam nie každý, že by mal za sebou zrovna skúsenosť so sebapoškodzovaním, ale veľa ľudí okolie čo poznám berie antidepresíva alebo minimálne mali nejakú skúsenosť s depresiami. Viem, že to moje okolie je také celkom zvláštne, takže tie zvláštnosti každého jednotlivého člena prijímajú v pohode. „Pozri, každý je nejak divný. Ty si divná týmto spôsobom, no tak okej.“ No takže vlastne v tomto smere mám celkom šťastie na známych a kamarátov. Len to, ja to teda furt spomínam, ale príde mi to asi dôležité, že tí zdravotníci sú fakt v tomto úplne až ma ako prekvapuje ako často k tomu majú tie blbé poznámky, no. Ako nie vyložene odsudzujúci, ale presne „čo ste robili za blbosti?“ fakt ma to prekvapuje a myslím si u každého brania krvi, by asi človek nemusel zažívať poznámky na tému ako, že si ubližoval.

Ja: Ako vnímate vaše sebapoškodzovanie?

R2: No, tiež ako kedy, ale asi ako súčasť môjho životného príbehu to vnímam. Si myslím, že každý v živote urobil rôzne veci z ktorých nie je úplne nadšený, napríklad ja neviem či už sa s ním niekto rozišiel tak sa hrozne opil a vracal. Ja si myslím, že drobnú

sebapoškodzovaci aktivitu občas robí každý človek, a tak to tak asi nejak beriem. Asi som vtedy nevedela proste ako lepšie riešiť to čo sa mi odohrávalo vo vnútri, takže skôr asi ako súčasť tej svojej minulosti. A je to asi spojené so všetkým čo bolo okolo toho, keď som bola v tej puberte, pretože jasné, neskôr som sa k tomu občas tiež vracala, ale skôr to mám spojené vyložene s tou minulosťou, takže je to fakt ako taká pripomienka nejakého životného obdobia, ktoré dúfam už mám za sebou. Takže, že to vnímam tak ako súčasť môjho príbehu. Či sa to dá brať kladne tieto skúsenosti tak, asi áno. Ale áno, asi vyložene aj ako kladne, pretože myslím si, že všetky tieto drsnejšie skúsenosti za A, keď nimi človek prejde tak, že ho môžu posilniť, čo si myslím, že sa mi snád' aj podarilo si to z toho zobrat' a aj práve to, že vďaka tomu chápem lepšie ľudí, ktorí si tým prechádzajú teraz, že tá osobná skúsenosť je v tom podľa možno až nenahraditeľná. Že keď si o tom niekto niečo len prečíta, alebo to vníma skreslene ako nejakým pohľadom súčasnosti ako napríklad z médií, z filmov a tak, takže to nikdy nie je tak silné ako tá vlastná skúsenosť. Takže si myslím, že tá je v tom veľmi dôležitá a viem, že keď sa stretnem s niekým kto má sklony k sebapoškodzovaniu alebo to robí tak si myslím, že mu dokážem, keď už nie pomôcť tak minimálne mu dať nejakú oporu a aspoň ho pochopiť, keď už nič iné.

Ja: Bolo to spojené so sebapoškodzovaním či aj diagnózou?

R2: Určite aj v rámci tej depresie a tých ako všeobecných problémov, pobyt v blázinci. Myslí si, že keď ten človek tie depresie zažije tak zas omnoho lepšie môže chápať tých druhých, pretože aj tie samotné depresie sú brané samozrejme spoločnosťou úplne inak, než v skutočnosti sú. A tak si myslím, že aj v tom je tá vlastná skúsenosť obohacujúca a myslím si, že je fajn aby práve ľudia, ktorí majú tieto skúsenosti o nich fakt hovorili a zdieľali ich. Pretože len tak vlastne tá spoločnosť tomu porozumiem.

Ja: Zažili ste situáciu, kedy negatívne ovplyvnili váš život názory či predsudky voči sebapoškodzujúcim?

R2: Asi nejak výrazne nie. Okrem fakt pár nepríjemných chvíľok s tými poznámkami. Tak si myslím, že asi ani nie. Ja práve premýšľam, pretože práve teraz fakt v súčasnosti k tomu mám už viac asi v pohode postoj, než kedykoľvek predtým, ale ja som mala asi vždycky šťastie, že som sa pohybovala v takej ako komunita divných ľudí, kde to nikto moc neriešil a ako nejak v pracovnom živote som nikdy nezažila, že by na to niekto nejak upozorňoval alebo tak. Takže asi skôr fakt nie. Možno pri tej pečiatke na tie tábory. Tú pečiatku na tú prácu s deťmi je fakt, že ja všeobecne nemusím doktorov, takže pre mňa je to vždycky krušný výlet, ale inak asi nie. Si fakt myslím, že som asi mala šťastie, ale nenarážala som na to moc.

Ja: Ako sebapoškodzovanie ovplyvňovalo váš život?

R2: Tak to čo prebiehalo v minulosti už ako v minulosti, to už človeka ťažko nejak ovplyvní. Ako aj dneska občas sú chvíľky, kedy si hovorím, že je to výborný recept na to ako sa nejak vyventilovať alebo ako to popísať. Už to nerobím tak, že by som zobrala nejaký ostrý predmet, ale občas fakt niečo prebieha ako má aj ten muž. My sme obaja taký veľmi podobní cholerici. Tak sú chvíľky, kedy proste mám pocit, že na mňa všetko padá a začnem mať tú tendenciu fakt si ubližovať, ale tým, že sa ako fakt hryznem do ruky, vrazím si do tváre niečo také a viem, že je to proste metóda, ktorú mám zažitú behom toho života. Jasné, viem, že to nie je ako nič čo by asi človek robiť mal, ale vlastne v tú chvíľku je to automatická reakcia a možno, že niekto iný by to riešil inak, že keby som nemala tieto skúsenosti, tak ja neviem tak by som sa išla asi ožrať alebo by som kričala na niekoho ďalšieho alebo niečo, ale vďaka tomu, že vlastne som sa naučila v období tých depresíí obracať tú agresiu na seba tak aj teraz, keď mám naozaj silné psychické vypätie tak skôr tú agresiu obraciam proti sebe, pretože za a nechcem ublížiť nikomu vonku a za b je to vlastne spôsob, ktorý poznám. Samozrejme nie je zdravý, ale zas ktorý ten spôsob je zdravý, že áno. Takže možno ma to ovplyvňuje v tom, že si vyberám túto cestu ventilácie akoby vnútorných pretlakov väčšinou je to fakt nejaká zlosť alebo smútok z toho, že sa človeku dlhodobo napríklad niečo nedarí. Možno by to niekto bez týchto skúseností riešil inak. Ale to je asi tak jediné čo ma napadá, ako ma to v súčasnosti ovplyvňuje.

Ja: Ako vás to ovplyvňovalo v minulosti, keď to prebiehalo?

R2: Tak viem, že vtedy to riešili moji kamaráti, keď si to všimli tak niekedy som mala nejaké výhovorky ale niekedy som im to aj priznala, lebo som aj v zásade chcela, že áno aby mi pomohli a tam to asi ovplyvňovalo práve to, že my ako sme všetci boli pubertálne detská nikto moc nevedel ako si s tým poradiť. Oni mi väčšinou povedali, tak to nerob a bolo týmto vymaľované, ale takto bolo skôr to ovplyvnenie, že si všimli, že asi nie je niečo so mnou v pohode a že možno by som potrebovala nejak pomôcť, takže takto to asi ovplyvnilo vtedy. A potom, až keď som sa k tomu vracala niekedy roky potom, ale vlastne, keď som sa vždycky v živote k tomu vracala ako k niečomu čo pomáha, že je to taký muster, ktorý človek má v sebe. Vie, že mu to pomohlo, tak má občas tendenciu sa k tomu vrátiť. Tak možno to je aj to ovplyvnenie. Ja neviem v 20-tich to ešte malo nejaké vážnejšie prepady ako v nejakých zlých stavoch tak to bolo automatické riešenie, ktoré teda krátkodobo pomohlo, ale premýšľam či to nejak inak ovplyvnilo. To sú vlastne všetko veci, ktoré sa týkajú mňa samej a o tom ako premýšľam či riešim vnútorné problémy, ale tak žeby to nejak navonok môj život ovplyvnilo to si fakt nemyslím, že by som tam mala nejaké veci. Teraz sa fakt snažím o tom premýšľať naschvál, ale asi fakt nie človeče. (...)