



# Sebepoškozování v kontextu sociální práce

## Bakalářská práce

*Studijní program:*

B7508 Sociální práce

*Studijní obor:*

Sociální práce a penitenciární péče

*Autor práce:*

**Alena Havránková**

*Vedoucí práce:*

PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky





## Zadání bakalářské práce

# Sebepoškozování v kontextu sociální práce

*Jméno a příjmení:* **Alena Havránková**  
*Osobní číslo:* P18000012  
*Studijní program:* B7508 Sociální práce  
*Studijní obor:* Sociální práce a penitenciární péče  
*Zadávací katedra:* Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky  
*Akademický rok:* **2019/2020**

### Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Zjistit, jakou pomoc osoby trpící sebepoškozováním potřebují a zda jim současná sociální práce dokáže v tomto směru pomoci.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Rozhovor.

Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucího práce.

Rozsah grafických prací:  
Rozsah pracovní zprávy:  
Forma zpracování práce:  
Jazyk práce:

tištěná/elektronická  
Čeština



### Seznam odborné literatury:

- FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.
- KINGHTSMITH, P., 2015. *Self-harm and eating disorders in schools. A guide to whole-school strategies and practical support*. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 978-1-84905-584-0.
- KRIEGELOVÁ, M., 2008. *Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2333-4.
- MUNKOVÁ, G., 2013. *Sociální deviace: přehled sociologických teorií*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-398-8.
- PLATZNEROVÁ, A., 2009. *Sebeпоškození: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-606-9.
- VÁGNEROVÁ, M., 2014 *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

Vedoucí práce:

PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.  
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání práce:

2. dubna 2020

Předpokládaný termín odevzdání:

30. dubna 2021

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.  
děkan

L.S.

Ing. Zuzana Palouňková, Ph.D.  
vedoucí katedry

## Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

13. dubna 2021

Alena Havránková

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Pavlovi Klimentovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, poskytnuté zpětné vazby a rady, všem odborným vyučujícím, kteří mi během studia pomohli získat a vylepšit kompetence potřebné ke zpracování této bakalářské práce a v neposlední řadě za důvěru, kterou ve mě respondenti vložili spolu s poskytnutím potřebných rozhovorů.

## **Anotace**

V dnešní společnosti se objevují témata, která se dotýkají velkého množství lidí, ale jsou natolik citlivá, že ačkoliv jsou aktuální, stále se o nich málo hovoří. Jedním z nich je problematika sebepoškozování. Cílem této bakalářské práce je zjistit, co vlastně člověk, který sám sobě záměrně ubližuje, potřebuje a zda mu současná sociální práce dokáže nějak pomoci. Popisuje sebepoškozování, vybrané metody sociální práce a pojmy související. Analyzuje data získaná kvalitativním průzkumem a pomocí nich hledá vhodné metody sociální práce pro práci s osobami, které sami sobě ubližují, a odpovědi na průzkumné otázky.

## **Klíčová slova**

Sebeпоškozování, automutilace, autoagrese, metody sociální práce, sociální práce

## **Annotation**

In today's society there certain topics that affect a large number of people but are so sensitive that they are often neglected, despite their relevance. One of these topics is the problem of self-harming. The aim of this bachelor's thesis is to determine the needs of people consciously involved in self-harm, and discover whether today's society can even offer them sufficient help. This thesis presents a definition of self-harm, specific social work methods, and other relevant terminology. It also features an analysis of data from qualitative research, which is then used as a basis for finding new methods of working with people who self-harm. An additional aim of this document is to determine the answers to exploratory questions.

## **Keywords**

Self-harm, auto-mutilation, auto-aggression, method of social work, social work

## Obsah

Úvod.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 Sebepoškození .....	15
1.1 Výskyt sebepoškození .....	16
1.2 Rizikové faktory .....	16
1.2.1 Genetické a biologické faktory.....	17
1.2.2 Traumatické zážitky .....	17
1.2.3 Pohlaví.....	18
1.2.4 Nepříznivá sociální situace.....	18
1.2.5 Prostředí.....	18
1.2.6 Nedostatek informací a špatná dostupnost služeb .....	19
1.2.7 Vládní opatření .....	19
1.3 Ohrožené skupiny .....	19
1.4 Příčiny a důvody sebepoškození .....	20
1.5 Doprovodné negativní jevy .....	21
1.5.1 Závislost .....	21
1.5.2 Zdravotní komplikace.....	21
1.5.3 Vliv na úzké sociální okolí.....	22
1.5.4 Šíření .....	22
1.6 Léčba sebepoškození .....	22
1.6.1 Odborná intervence .....	23
1.6.2 Farmakoterapie .....	23
1.7 Organizace pracující s osobami trpícími sebepoškozením v oblasti sociální práce. 24	
1.7.1 Nízkoprahová centra.....	24
1.7.2 Krizová centra .....	24
1.7.3 Linky důvěry .....	24
2 Metody sociální práce.....	25
2.1 Typy metod sociální práce.....	26
2.2 Vybrané metody sociální práce .....	27
2.2.1 Poradenství .....	27
2.2.2 Krizová intervence .....	28
2.2.3 Sociální terapie .....	28



2.2.4 Sociální práce s rodinou .....	29
2.2.5 Oblast prevence .....	29
EMPIRICKÁ ČÁST.....	31
3 Průzkum potřeb osob trpících sebepoškozováním .....	32
3.1 Cíl průzkumu .....	32
3.2 Průzkumné otázky .....	32
3.3 Design průzkumu.....	32
3.4 Kritéria průzkumného vzorku.....	32
3.5 Metody získávání respondentů .....	33
3.6 Popis průzkumného vzorku .....	33
3.7 Metoda sběru dat .....	34
3.8 Metoda analýzy dat.....	35
4 Výsledky průzkumu.....	35
4.1 Vlastní začátek příběhu .....	35
4.2 První událost.....	36
4.3 Typická událost .....	37
4.4 Důvody sebepoškozování.....	38
4.5 Příčiny sebepoškozování .....	39
4.6 Vztahy v rodině .....	40
4.7 Zkušenost s odborníky.....	41
4.8 Psychoaktivní látky, alkohol .....	43
4.9 Formy sebepoškozování .....	43
4.10 Emoce .....	45
4.11 Potřeby.....	46
4.12 Dodatky respondentů.....	47
5 Dílčí shrnutí .....	48
6 Doporučené metody sociální práce.....	48
6.1 Primární prevence.....	48
6.2 Sociální práce s jednotlivcem vs. sociální práce se skupinou .....	49
6.3 Sociální práce s rodinou .....	50
6.4 Sociální práce s komunitou .....	51
6.5 Krizová intervence.....	51
7 Zařízení vhodná pro práci se sebepoškozujícími se osobami.....	52
7.1 Nízkoprahová centra.....	52

7.2 Krizová centra .....	53
8 Nevhodná sociální práce.....	53
8.1 Telefonická krizová intervence .....	53
8.2 Nedobrovolný klient.....	53
9 Efektivita a uplatnění metod sociální práce.....	54
10 Závěr.....	54
Seznam použitých zdrojů .....	57
Seznam příloh.....	59

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Vlastní začátek příběhu

Tabulka č. 2: Příčiny sebepoškozování

Tabulka č. 3: Psychoaktivní látky, alkohol

Tabulka č. 4: Emoce

Tabulka č. 5: Důvody sebepoškozování

Tabulka č. 6: První incident

Tabulka č. 7: Formy sebepoškozování

Tabulka č. 8: Sebevraždy

Tabulka č. 9 Zkušenosti s odborníky

Tabulka č. 10: Vztahy v rodině

Tabulka č. 11: Potřeby

Tabulka č. 12: Typická událost

## Úvod

Bakalářská práce je zaměřena na sociálně patologický jev – sebepoškození. Toto téma bylo zvoleno proto, že je v dnešní době stále aktuálním problémem, o kterém se ovšem nejen málo hovoří, ale také není zdaleka dostatečně prozkoumáno. Problematika sebepoškození se objevuje napříč věkovými kategoriemi i sociálními a kulturními skupinami. Sociální pracovník tak může přijít do styku s osobou trpící sebepoškozením v jakékoliv cílové skupině a v kterémkoliv zařízení. Setkat se s ním může i kdokoliv jiný ve svém osobním životě, ve svém okolí. Tato práce si klade za cíl zjistit, co vlastně člověk, který sám sobě záměrně ubližuje, potřebuje a zda mu současná sociální práce dokáže nějak pomoci.

Ačkoliv je to jev vyskytující se v rámci celé společnosti, stále se jedná o velmi citlivé téma. Choulostivé je především pro jeho nositele. Ke sběru dat spolu s odbornou literaturou byly proto využity soukromé polostrukturované rozhovory. Během nich byly zkoumány okolnosti sebepoškození jednotlivých respondentů, jejich emoce a potřeby. Respondenti sdíleli celé své příběhy a veškeré prožitky s nimi spojené, které dokázali popsat. Na základě dat získaných z těchto rozhovorů byly hledány právě ty metody sociální práce, které dokážou dát těmto lidem to, co jim chybí a pomoci jim tak tento jev a problémy s ním spojené odstranit.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí. První je teoretická, která se v úplném začátku věnuje vymezení samotného pojmu sebepoškození a pro správné pochopení i vybraných souvisejících pojmů. Na to navazuje popisem rizikových faktorů a ukazuje ty skupiny osob, které jsou sebepoškozením ohroženy. Uvádí možnosti léčby a příklady organizací, které jsou v dané problematice různými způsoby činné. Poté pokračuje popisem pojmu metody sociální práce. Vysvětluje, o č se konkrétně jedná a ukazuje vybrané metody, které se dle odborných zdrojů aktuálně využívají při práci s osobami trpícími sebepoškozením nebo by dle své charakteristiky mohly být účinné.

Následně práce pokračuje druhou, empirickou částí. Zde je na samém začátku popsán provedený průzkum. Upřesňuje metody sběru dat, respondenty a metody analýzy. Navazuje podrobným popisem zjištěných informací. Probírá jednotlivé kategorie a ukazuje na podobnosti i odlišnosti mezi respondenty. Prostřednictvím výsledných dat se snaží podrobně obeznámit čtenáře s jádrem problematiky, která se u respondentů objevuje. Poté na základě získaných poznatků uvádí takové metody sociální práce a organizace, které by skutečně mohly osobám, které sami sobě ubližují pomoci i ty, které se ukázaly jako zcela nevhodné.

Poté následuje sumarizující závěr, který stručně odpovídá na položené průzkumné otázky, hodnotí dosažení cíle bakalářské práce a činí závěr na základě zjištěných dat.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 Sebepoškozování

Sebepoškozování neboli automutilaci, můžeme označit jako chování, při kterém si jedinec různými způsoby záměrně způsobuje fyzickou bolest, ale na rozdíl od suicidálního (sebevražedného) jednání není jeho úmyslem ukončit svůj život.

Přesná definice tohoto patologického jevu je náročnou záležitostí, a proto jich existuje několik možných. Například Vágnerová (2014) uvádí, že je to záměrné autoagresivní jednání, které lze chápat jako nepřiměřenou reakci na stres, jehož cílem není smrt.

Další možnou definici předkládá Kocourková (2003), která říká, že sebepoškozováním je chování, bez vědomého a cíleného záměru zemřít s důsledkem poškození tělesné integrity.

Dále je možné jej definovat jako: „čin s nefatálním důsledkem, při kterém jedinec záměrně zahájí neobvyklé chování, které bez zásahu ostatních způsobí sebepoškozování nebo úmyslně požije látku v množství předepsaném nebo obecně uznávaném terapeutickém dávkování, a který je zaměřené na realizaci změn, které si člověk přeje, prostřednictvím skutečných nebo očekávaných fyzických důsledků“ (WHO 2021).

Právě proto, že možných definic je více, je důležité tento jev odlišit od ostatních podobných sociálně-patologických jevů, jako je například již zmíněné suicidální jednání. „Suicidium představuje vědomé a úmyslné ukončení vlastního života. Širším pojmem je suicidální chování, zahrnující vedle dokonalých suicidií i suicidální pokusy, záměry, myšlenky a fantazie. Suicidální jednání pak zahrnuje behaviorální projevy, které aktivně směřují k sebevražednému činu“ (FISCHER 2009, s. 62).

Sebepoškozování může jedinec páchat různými způsoby od řezání kůže až po intoxikaci léky bez úmyslu se zabít. Pro příklad Linka bezpečí (2020) na svých stránkách uvádí, že se nejčastěji jedná o zraňování se žiletkou do krve, řezání do rukou a nohou, štípání se, škrábání kůže do krve, pálení se zapalovačem nebo svíčkou. Během mého průzkumu jsem se setkala i s dalšími formami, jako je například zhášení cigaret o tělo.

K danému záměru si osoba vybírá různé části těla. Krieglová (2008) uvádí, že nejčastěji jsou vybírány ruce a nejméně genitálie. Způsob výběru bývá individuální a může souviset s motivem sebepoškození a dalšími okolnostmi, které jedince vedly k záměru si ublížit. Podle příslušných faktorů si zvolí například nejdosažitelnější místo, nebo takové, které nepůjde vidět. Pokud se tím snaží dosáhnout pozornosti, může dojít k tomu, že zvolí takovou část těla, kterou lze

“náhodou“ snadno odhalit. Také je možné setkat se s „výběrem partie těla na základě zjevné asociace s historií fyzického nebo sexuálního zneužívání“ (Alderman in Krieglová 2008, s. 65). Jak vyplývá z výše zmíněného, sebepoškozování je v některých zdrojích označováno jako autoagrese, což představuje jednání, případně chování, kterým osoba poškozuje sebe sama. „Dnes ale již většina odborníků považuje sebepoškozování nikoli za akt autoagrese, ale za akt sebezáchovy a je přesvědčena, že sebepoškozující chování je nutno vnímat jako zprávu, kterou je potřeba dekodovat“ (Platznerová 2009, s. 44-45).

## **1.1 Výskyt sebepoškozování**

Sebepoškozování je v dnešní době často označováno jako copingová strategie (ve formě agrese mířené dovnitř vlastní osoby), což je strategie zaměřená na zvládnání stresu, emocí. Není tedy divu, že se odborná literatura tímto tématem zabývá především ve spojení s dětmi a dospívajícími. Uvedené dvě skupiny však nejsou jediné, u kterých se jev vyskytuje. Dosud neexistuje ani jasné vymezení, které by některou z věkových skupin označovalo jako tu, u níž se tato problematika zásadně neobjevuje. Můžeme se s ním tedy setkat i u dospělých. Dále bývá často spojováno i s vězeňským prostředím.

Budeme-li hovořit o klinickém prostředí, pak se „výskyt sebepoškozování u osob s duševní poruchou uvádí v rozmezí od 4,3 do 13 %, což je vyšší než v běžné populaci“ (Platznerová 2006, s. 26). „U poruch příjmu potravy se vyskytuje až u 25-55 % pacientů“ (Bednářová 2010, s. 173-178). Přestože dle Nocka a Prinsteina (2004) je prevalence sebepoškozování vyloženě alarmující, mapování výskytu sebepoškozování je velmi složitou záležitostí. Obzvláště mimo klinické prostředí se dá považovat téměř za nereálné. Odbornou pomoc vyhledá jen část lidí. Nejbližším osobám se rovněž svěří jen někteří, popř. se na ně obrátí až po dlouhé době. Nelze se tedy při hodnocení výskytu opřít o naprosto odpovídající data.

## **1.2 Rizikové faktory**

Stejně jako v případě jiných sociálně-patologických jevů, existují i pro sebepoškozování určité rizikové faktory, které mohou zvýšit pravděpodobnost výskytu u konkrétního jedince. Některá z rizik se mohou objevovat napříč věkovými kategoriemi, ale samozřejmě jsou i taková, která jsou typická pro určitou věkovou, případně sociální skupinu.



### **1.2.1 Genetické a biologické faktory**

První z rizik, které osoby provází už od narození, je určité genetické riziko. „Genetické faktory posilují navození sebepoškozujícího jednání prostřednictvím neurobiologických změn. Rozvoj tendence k sebepoškozování se podobá vývoji různých závislostí. Souvisí s potřebou nadměrné stimulace endogenního opiátového systému. Určitý vliv na rozvoj sebepoškozování má i dysregulace serotoninového a dopaminového systému, která se projeví sklonem k emotivním rozladám a impulzivnímu jednání“ (Vágnerová 2014, s. 463). Také sem můžeme zahrnout možnost zdědit některé povahové rysy, které jsou samy o sobě rizikovými faktory, případně některé psychické poruchy.

Mimo jiné mezi duševní poruchy ovlivňující vývoj sebepoškozování můžeme zařadit například emočně nestabilní poruchu osobnosti – hraniční typ. Dle MKN-10 (2017) mezi dalšími znaky je pro ni charakteristický pocit prázdnoty, porucha představy o sobě a tendence k sebezničujícímu chování. Národní zdravotnický informační portál (2021) dokonce sebepoškozování uvádí jako jeden z příkladů chování osoby trpící touto poruchou. Sebepoškozování také bývá často spojováno s depresí. Toto spojení můžeme nalézt v různých publikacích a článcích, ale také jsem se s ním setkala u respondentů během průzkumu k této bakalářské práci. Další poruchy úzce spojené se sebepoškozováním jsou poruchy příjmu potravy, jako je mentální anorexie nebo mentální bulimie. Kocourková a Koutek (2014) uvádí, že sebepoškozování se u pacientů s klinicky diagnostikovanými poruchami příjmu potravy vyskytuje v rozmezí 30–40 %.

### **1.2.2 Traumatické zážitky**

Traumatické zážitky jsou rizikem pro různé sociálně-patologické jevy včetně sebepoškozování. Zde bývají například oběti pohlavního zneužívání a sexuálního či tělesného týrání označovány za ohroženou skupinu osob. Fischer (2009) uvádí, že mají obvykle problematický vztah k vlastnímu tělu, které vnímají jako nečisté a poskvřené. „Tyto osoby mají tendenci své tělo odmítat. Sebepoškozování je pak aktem trestu pro tělo“ (Fischer 2009, s. 84). Za traumatické můžeme považovat i další zážitky bez ohledu na délku jejich trvání. Stane-li se osoba obětí libovolného trestného činu, zažije závažnou nehodu, je terčem šikany a další. V jaké míře je událost pro jedince traumatická nelze statisticky popsat. Jedná se o zcela individuální záležitost, jelikož každý prožívá různé události různým způsobem.

### **1.2.3 Pohlaví**

Některé zdroje uvádí, že větší sklony k sebepoškození mají ženy, a proto ženské pohlaví označují jako rizikový faktor. „Ženy mívají obecně větší sklony vztahovat problémy na svou osobu a sebeobviňovat se“ (SZS 2020). Dalším důvodem může být, že „ženy jsou naučeny nevyjadřovat agresi navenek, naopak jsou-li konfrontovány se vztekem, mají sklon obracet jej proti sobě, na rozdíl od mužů, kteří ho ventilují směrem ven“ (Miller in Platzerová 2009, s. 43).

### **Osobnostní rysy**

Rizikovými vlastnostmi mohou být například vztahovačnost, přecitlivělost, sklony k sebelítosti a další. K pochopení tohoto rizikového faktoru postačí uvést jako příklad jednu z vlastností, které vzhledem jejímu charakteru lze považovat jako rizikovou. Jedná se o snadnou ovlivnitelnost (manipulovatelnost). V určitém období byl mezi mladistvými trend poškozování si zápěstí řeznými ranami. Většinou byl tento trend spojený s tzv. EMO. Pakliže je osoba snadno ovlivnitelná, může takovému i podobnému trendu snadno podlehnout.

Riziko v charakterových vlastnostech není nutné hledat jen přímo u samotných nositelů sebepoškození. Představují ho i vlastnosti osob v blízkém okolí jedince, které na něj mohou mít negativní vliv (přehnaná autorita, narcismus apod.) a tak například snižovat jeho sebevědomí, což může vést až k sebenenávisti

### **1.2.4 Nepříznivá sociální situace**

Sociální situace, v níž se nacházíme, ovlivňuje naši náladu, emoce i mínění o sobě samém. Proto nepříznivé prostředí můžeme považovat za rizikový faktor rozvoje sebepoškození. V rámci tohoto tématu lze hovořit například o soužití s násilnou osobou. Jak již bylo zmíněno, za ohroženou skupinu lidí se považují mimo jiné osoby, které postihlo sexuální či tělesné týrání. Za riziko lze označit i prožívání syndromu vyhoření, opakovaných neúspěchů (neúspěch v zaměstnání, špatné studijní výsledky apod.), období puberty a celkovou dlouhodobou nespokojenost s vedením vlastního života.

### **1.2.5 Prostředí**

V souvislosti s předchozím rizikovým faktorem je na místě uvést také prostředí, ve kterém se nacházíme. Specifickou problematiku tvoří sebepoškození v penitenciárním prostředí. V případě některých odsouzených se jedná o nástroj, kterým se snaží o přesun do nemocnice či propuštění z vazby. To však nevyklučuje jiné možné příčiny, které se mohou během výkonu

trestu odnětí svobody vyskytnout (deprese, sebeobviňování, nenávisť vůči sobě samému a další). Zároveň se sebepoškozováním se v penitenciárním prostředí objevuje i problematika sebevražedného chování.

### **1.2.6 Nedostatek informací a špatná dostupnost služeb**

Sebeпоškozování stejně jako sebevražda může být vnímáno jako jediné možné řešení bezvýhodné situace. Zásadní může být například nedostatek přátel nebo velká obtížnost prožívané krize. Také se může lehce stát, že jiné řešení svého problému v daný okamžik lidé nedokážou nalézt, i když existuje. Tito jedinci nevědí, jak jinak by si mohli ulevit od vnitřního napětí nebo se stali terčem šikany a neví, jak se z ní vymanit bez negativních následků. I v případě, že sebeпоškozující osoba je informována o tom, kdo by jí mohl pomoci, může se domnívat, že pomoc je nedosažitelná. Důvody mohou být různé, např. místní a časová dostupnost nebo nízká kapacita sociálních služeb.

### **1.2.7 Vládní opatření**

Specifickým a poměrně novým rizikovým faktorem v této oblasti jsou opatření spojená se současnou epidemiologickou krizí v České republice a dalších státech. V současné době se zásadně zredukovaly možnosti kompenzovat stres a vnitřní napětí, snížily se možnosti seberealizace a socializace. Zároveň lidé, kteří žijí v nepříznivých společenských podmínkách, jako například děti v nefunkčních rodinách, oběti domácího násilí apod., jsou vystavováni negativním vlivům mnohem intenzivněji. To by u nich mohlo vyvolat potřebu hledat nový způsob úlevy, nebo takovou potřebu znásobit a dohnat je tak k tomu, aby si začali ubližovat. Jistě by někteří mohli namítat, že se jedná pouze o dočasný rizikový faktor. Faktem ovšem je, že epidemie se může kdykoliv opakovat. Zároveň toto není jediná okolnost, která způsobí izolaci člověka, nepříznivé následky může mít např. dlouhodobá nezaměstnanost nebo náhlé zhoršení zdravotního stavu.

## **1.3 Ohrožené skupiny**

Stejně jako u jiných sociálně-patologických jevů i u sebeпоškozování se snažíme vyzorovat, které sociální skupiny jsou ohroženější. Jako dostačující pro tuto práci považuji zmínit ohrožené skupiny, jaké uvádí Fischer (2009):

- osoby pohlavně zneužité, pohlavně či fyzicky týrané,
- osoby ženského pohlaví,
- mladí lidé,
- osoby s duševními poruchami.

„Automutilací jsou nejohroženější mladé ženy, které byly v dětství či dospívání pohlavně zneužity“ (Fischer 2009, s. 85). Ohrožené skupiny můžeme vydefinovat i na základě rizikových faktorů. Z výše uvedených můžeme tedy doplnit osoby ve výkonu trestu odnětí svobody, osoby v nepříznivé sociální situaci atd.

#### **1.4 Příčiny a důvody sebepoškození**

Příčiny jsou u jednotlivců ve velké míře individuální. I když jedna událost někoho zásadně neovlivní, pro jiného může mít doživotní následky. Budeme-li hledat možné příčiny, najdeme je na různých místech. Například uvnitř rodiny dítěte, kde může být spouštěcím faktorem například úmrtí rodiče nebo jiného, pro danou osobu významného člena, rozvod rodičů, pocit neporozumění, případně domácí násilí, příliš ambiciózní výchova nebo naopak hostilní výchova. Příčiny sebepoškození můžeme také hledat ve školním prostředí, kde se osoba může stát obětí šikany nebo ji nepřijme nový kolektiv. Za příčinu můžeme považovat osamělost, traumatický zážitek a další.

Důvody jsou individuální záležitostí stejně jako příčiny, ne-li více. Nositelé se mohou rozcházet v názorech na důvody mezi sebou i s odborníky. Důvod sebepoškození může vnímat dokonce rozdílně i klient a s ním spolupracující odborný pracovník. Mezi nositeli jsou i tací, kterým jejich vlastní motiv uniká, a nejsou jej schopni popsat.

Pro zjednodušení můžeme důvody rozdělit do tří skupin.

- Regulace afektu. Nalezení rovnováhy ve víru rušivých emocí, znovunalezení kontaktu s vlastním tělem po disociální epizodě, zklidnění těla v momentu vysoké emoční a vegetativní aktivace, potvrzení vnitřní bolesti jejím zevním vyjádřením a vyhnutí se sebevraždě pro nesnesitelné pocity.
- Komunikace. Vyjádření toho, co dotyčný nedokáže vyjádřit slovně, nepřímé ovlivnění chování druhých, manipulace. Pokud je komunikace cílená na jiné osoby, může být jimi často vnímána jako manipulativní.

- Kontrola, trest. Znovu přehrání traumatu, smlouvání a magické myšlení (snaha předejít obávané události sebepoškozením), ochrana jiných, sebekontrola. Sebekontrola se do jisté míry kryje s kategorií regulace afektu, většina výše uvedených důvodů sebepoškozování vlastně v sobě zahrnuje prvek kontroly afektu“ (Platznerová 2009, s. 47-8).

Je-li nahlíženo na sebepoškozování jako na symptom jiného problému daného nositele, nikoliv jako na samostatný problém, pak je motiv provádění nepostradatelnou informací při práci na zbavení osobnosti tohoto jevu.

## **1.5 Doprovodné negativní jevy**

Sebepoškozování je problém, který v mnoha případech nezůstává samostatným. To znamená, že sebou může nést několik doprovodných negativních jevů, nebo důsledků, které je následně nebo souběžně potřeba řešit. Tyto doprovodné jevy se neobjeví vždy hned, jakmile si osoba začne ubližovat. Některé z nich jsou spojeny s vývojem či gradací sebepoškozování daného člověka. Níže jsou vybrané doprovodné jevy uvedeny.

### **1.5.1 Závislost**

Jak již bylo řečeno, sebepoškozování bývá mimo jiné praktikováno jako metoda úlevy od vnitřního napětí, případně od stresu. Právě díky úlevnému pocitu si lze po určité době vypěstovat závislost. V průzkumu provedeném za účelem této bakalářské práce čtyři z pěti respondentů uvedli, že po čase začali pociťovat určitou závislost na sebepoškozování. Koutek (2007) popisuje syndrom pořezaného zápěstí. V popisu říká, že ti, kteří se pořezávají, se proti tomu snaží bojovat, ale „při snaze ovládnout se prožívají napětí, dysforii a vztek, afektovou kombinaci, která vede k opakování sebepoškozujícího chování“ (Koutek 2007, s. 74). Z jeho popisu vyplývá právě vznik závislosti.

### **1.5.2 Zdravotní komplikace**

Tento doprovodný jev úzce souvisí se zvolenou technikou sebepoškození. Při opakovaném pořezávání, které bývá často postupem času hlubší a hlubší, přichází i jizvy na těle či riziko zánicení. Velké nebezpečí představuje užívání léků. Jeho následkem může být jednak v různé míře podráždění zažívacího ústrojí, rovněž selhání ledvin či neplánovaná smrt. S užíváním léků souvisí i již uvedený jev – závislost. Tu si lze vybudovat nejen na sebepoškozování ale následně pak ještě i na samotných lécích.

### **1.5.3 Vliv na úzké sociální okolí**

Jak bylo řečeno již v úvodu této práce, sebepoškozování je velmi citlivé téma. Při práci s nositeli tohoto jevu je potřeba opatrná práce. Pro jejich blízké se může jednat také o velice tíživou situaci. Po zjištění, že někdo blízký si záměrně ubližuje, jednají lidé různě. Někdy je to nesprávná až necitlivá reakce. Například někteří z respondentů průzkumu k této bakalářské práci uvedli, že byli nuceni navštívit nějakého odborníka, či byli donuceni k pobytu v zařízení s odborníky. S ohledem na obecné tvrzení, že pomoci lze jen tomu, kdo o to stojí, je s takovýmto postupem spojená možnost velkého ztížení efektivní práce s daným nositelem. Dále byly zmiňovány výčitky. Matky respondentů si jejich sebepoškozování vyčítaly a přemýšlely, kde udělaly chybu. Sebepoškozováním tedy osoby mnohdy neovlivňují jen své životy, ale také životy svých blízkých, kteří se důsledkem toho mohou také ocitnout v krizi.

### **1.5.4 Šíření**

Sebepoškozování se stejně jako ostatní sociálně patologické jevy může šířit. V tomto případě zde není myšlena infekce. Šířením v kontextu sebepoškozování je myšleno šíření povědomí o tomto sociálně patologickém jevu. Ano, je pravdou, že v rámci prevence je potřeba určitá informovanost populace, nicméně s věděním přichází i určité riziko. Podstaté v tomto ohledu je, kdo a jak informace šíří. Například svěří-li se šestnáctiletá dívka své kamarádce, že jí v určitých chvílích od stresu pomáhá právě řezání žiletkou na zápěstí, může toto být návodem pro její vrstevnici ve chvíli, kdy se sama dostane do podobné situace. Chování své kamarádky jednorázově napodobí, několikrát náhodně zopakuje a tímto se pak taktéž stane závislou. Stejně tak pro dlouhodobě frustrované jedince nebo lidi trpící úzkostmi může být sdílení informací v určité chvíli jakýmsi návodem a okamžitou pomocí, takže začnou uvažovat o vyzkoušení této někdy zvané copingové strategie.

## **1.6 Léčba sebepoškozování**

„Cílem léčby poškozujícího se pacienta je redukce počtu dalších epizod sebepoškozování, redukce touhy poškodit se, prevence sebevraždy a zlepšení sociálního fungování a kvality života, při minimu vedlejších nežádoucích účinků léčby“ (Platznerová 2009, s. 69). Cíl však lze definovat i o něco ambiciózněji, a sice jako eliminaci dalších epizod. Tedy například pomoci klientovi nalézt jinou, společensky uznávanou bezpečnou metodu vyrovnávání s vnitřním napětím. Dále jsou uvedeny některé způsoby léčby sebepoškozování.

### 1.6.1 Odborná intervence

Odborná intervence si klade za cíl pomoci klientovi právě najít jiný způsob, jak regulovat své emoce a vnitřní napětí. Snaží se zlepšit jeho dovednosti, a to vše ve snaze „obnovit jeho denní fungování, fyzickou a psychickou pohodu“ (Krieglová 2008, s. 133). V souvislosti se sebepoškozováním hovoří Krieglová (2008) o odborné intervenci v podobě:

- psychologické intervence

V rámci této intervence je využívána poradenská činnost, pomocí které mapujeme klientův problém a jeho celkovou situaci. Dále hledáme a plánujeme další postup, případně léčbu. V rámci psychologické intervence se využívá různých přístupů, přičemž je preferována individuální práce. Krieglová (2008) uvádí terapie, které zde najdou své využití. Jsou to podle ní například: rodinná terapie, terapie v domácím prostředí, EDMR terapie a další.

- farmakologické intervence

Při práci s klienty, kteří si ubližují, se odborníci setkávají s duševními poruchami a využívají tak k léčbě různá léčiva, jako jsou antidepresiva, antipsychotika a další.

- sociální intervence

Tato intervence je využívána za účelem zajištění bezpečného zázemí klienta, případně jeho zlepšení. Dále pracuje na nalezení a odstranění dalších nežádoucích, sociálně patologických jevů u samotného klienta i v jeho prostředí (například alkoholismus v rodině).

- hospitalizace

Podle Krieglové (2008) velká část odborníků od hospitalizace odrazuje, protože se jedná o umělé prostředí a je třeba nové copingové strategie nacvičovat v reálném prostředí. Hospitalizace by neměla být aplikována, není-li to bezprostředně nutné. Například v případě, kdy má klient sebevražedné sklony a může tak ohrozit sám sebe na životě – případně své okolí.

### 1.6.2 Farmakoterapie

Podle Vágnerové (2014) může mít farmakoterapie podpůrný charakter, kterým má přispět k eliminaci negativních emocí v začátcích léčby. Pokud je ale u klienta zjištěna přítomnost

psychické poruchy, musí být léčba zaměřená na ni. Platznerová (2009) zase v tomto kontextu odlišuje cílenou farmakoterapii sebepoškození a farmakoterapii agresivity.

V rámci této terapie jsou předepisované různé druhy léčiv, jako jsou antidepresiva, antipsychotika, stabilizátory nálady atp. v závislosti na konkrétní celkové situaci klienta a na přítomnosti či nepřítomnosti psychické poruchy.

## **1.7 Organizace pracující s osobami trpícími sebepoškozením v oblasti sociální práce**

Jak bylo řečeno již na začátku, s osobou, která se uchyluje nebo uchylovala k sebepoškození, se můžeme setkat téměř v jakékoliv oblasti. V rámci svého zaměření s nimi tedy pracují psychologové, psychiatři a další odborníci, včetně sociálních pracovníků v různých druzích institucí. Pro účely této bakalářské práce je důležité uvést takové instituce z oblasti sociální práce. Dále jsou tedy popsány některé z nich.

### **1.7.1 Nízkoprahová centra**

Nízkoprahová centra jsou zařízení sloužící rizikovým dětem a mládeži pro společné trávení volného času s nabídkou sociální intervence a podpory jejich rozvoje, samostatnosti a společenské spoluzodpovědnosti. Při práci s klienty často spolupracují i s dalšími organizacemi a odborníky. V České republice jsou to například NZDM ZAPES Maják – Plus, z. ú., Oblastní charita Ústí nad Orlicí, příspěvková organizace ESKO (Žďár nad Sázavou) a další.

### **1.7.2 Krizová centra**

Krizová centra jsou zaměřena primárně na krizovou intervenci. Nabízejí ambulantní služby, někdy krizová lůžka a některá provozují i linku důvěry. „Kromě funkce diagnostické mohou plnit i funkci terapeutickou. Mimoto může krizové centrum představovat pro klienta v krizi důležitý systém sociální opory, pokud přirozené zdroje sociální opory nefungují nebo absentují“ (Ramešová 2006, s. 44). Kromě toho ale působí také v oblasti prevence. Patří mezi ně Dětské krizové centrum, z. ú. (Praha), Spondea, z. ú. (Brno), Arkáda – sociálně psychologické centrum, z. ú. (Písek) a další.

### **1.7.3 Linky důvěry**

Linky důvěry jsou zaměřeny na telefonickou krizovou intervenci. V dnešní době už ovšem neplatí, že je to jediná forma krizové intervence, kterou poskytují. Ke své práci využívají i další



způsoby, jako je například chat, Skype, případně e-mailové poradenství. Česká asociace pracovníků linek důvěry (2021) na svém webovém portálu zveřejnila seznam organizací provozujících linky důvěry jako je Modrá linka z. s. (Brno), Linka bezpečí, z. s. (Praha), Cesta z krize, z. ú. (Praha) a další. Organizace zveřejněné na tomto portálu jsou ty, které jsou členy zmíněné asociace. Mimo ně jsou i další. Výhodou těchto linek je, že nejsou omezené v působení pouze na jedno město či okres. Zároveň bývají v provozu zpravidla nonstop.

## **2 Metody sociální práce**

Pojem metoda lze chápat jako způsob práce či určitou činnost, kterou dosahujeme předem stanoveného cíle. V odborných publikacích můžeme najít konkrétní definice pojmu jako například: „Metoda je způsob, jak dosáhnout určitého předem stanoveného cíle prostřednictvím určité systematické a plánované činnosti“ (Vítková 2004, s. 398).

Po dosažení do kontextu oboru sociální práce potom vymezujeme úplný pojem metody sociální práce například podle Slovníku sociální práce (Matoušek 2008, s. 100), kde je vymezen takto: „V anglosaském pojetí, které ovlivňuje většinu západních zemí, se jako metoda sociální práce označují specifické postupy sociálních pracovníků definované cílem nebo skupinou.“

Je to tedy činnost, kterou realizuje sociální pracovník v rámci své práce s klientem (klienty) a pomocí které se snaží o dosažení pro něj nastaveného individuálního cíle.

Pro úplné a správné pochopení pojmu metody sociální práce je třeba ho odlišit od pojmu techniky sociální práce. Ty techniky jsou už konkrétními postupy a kroky použité k dosažení cíle v rámci určité metody. Jsou přizpůsobené tomu jednomu konkrétnímu klientovi (případně skupině). Jako techniku můžeme chápat například aktivní naslouchání, kladení otevřených nebo uzavřených otázek atp.

## 2.1 Typy metod sociální práce

Mühlpachr (2004) rozlišuje metody sociální práce na dvě kategorie:

### 1. „Metody sociální práce zaměřené na objekt

Objektem může být jednatlivec, skupina nebo společenství a lze je klasifikovat následovně:

- sociální práce s jednotlivcem nazývaná též případová sociální práce nebo, individuální sociální práce,
- sociální práce se skupinou,
- sociální práce s komunitou.

### 2. Metody sociální práce zaměřené na získávání informací

V sociální práci spočívá diagnóza v porízení klíčových informací o sociální problémech klienta a jejich zhodnocení. Používá se k tomu:

- řízený rozhovor (je nejzákladnější metodou získávání těchto informací),
- dotazníkové šetření,
- nepřímé projektivní metody,
- standardizované testy,
- pozorování v přirozeném prostředí“ (Mühlpachr 2004, s. 35).

Toto dělení metod sociální práce je příkladem snadné záměny pojmu metody a techniky. Pro upřesnění je tedy vhodné uvést konkrétní příklady pro toto dělení. Například řízený rozhovor je metoda, díky které získáváme informace o klientovi, případně ji využíváme v rámci kvalitativního výzkumu. Do této metody pak spadají techniky jako otevřené otázky, aktivní naslouchání či ověřovací otázky. Při dotazníkovém šetření je pak preferovaná naopak technika otázek uzavřených nebo hodnotící stupnice. Metodou lze nazvat soubor technik ušitých na míru klientovi. Vhodné je i dodat, že při práci s klientem či skupinou není zpravidla využívána pouze jedna metoda či technika. Jde o hledání adekvátního postupu k dosažení konkrétního cíle s konkrétním klientem na základě dostupných znalostí o předmětné problematice.

## 2.2 Vybrané metody sociální práce

### 2.2.1 Poradenství

Poradenství patří mezi základní a rozšířenou metodu sociální práce i ostatních pomáhajících profesí. V rámci typologie ho můžeme začlenit do skupiny metod sociální práce s jednotlivcem (případová sociální práce). Setkáváme se s ním i v dalších oblastech od vzdělávacích institucí až po ekonomický sektor. „Snad každá práce, při níž dochází ke kontaktu s jinými lidmi, obsahuje potenciálně určité prvky poradenství“ (Matoušek 2013, s. 101). Nutno ovšem zmínit, že poradenství přirozeně poskytují i členové laické veřejnosti v našem okolí. Poskytují nám ho členové rodiny, přátelé atp. V samém základu je tedy potřeba rozlišit laické a profesionální poradenství.

V kontextu této bakalářské práce je předmětné především sociální poradenství, které je uvedeno v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tento právní předpis jej dělí na dva typy: základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Uvedené typy jsou zákonem vymezeny následovně:

- „Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.
- Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností“ (zák. 108/2006 Sb., § 37).

Z výše uvedeného vyplývá, že základní sociální poradenství jsou instituce poskytující sociální služby povinny poskytnout i těm, kteří nespádají do jejich vymezené cílové skupiny. Odborný pracovník v rámci základního sociálního poradenství poskytne například informace o institucích, na které se daná osoba může se svým problémem obrátit. Do odborného poradenství pak zákon řadí tyto činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zák. 108/2006 Sb., § 37).

Sebepoškozování bývá řešeno především v rámci odborného sociálního poradenství. To ovšem neznamená, že základní sociální poradenství nositeli tohoto jevu poskytnuto nebude. Právě naopak. Jakmile se klient s touto problematikou obrátí na sociálního pracovníka z organizace, která se tím nezabývá, jsou mu v rámci základního sociálního poradenství poskytnuty právě informace o tom, kde konkrétně jsou schopni mu pomoci.

### **2.2.2 Krizová intervence**

Z vymezení pojmu sebepoškozování je evidentní, že krizová intervence je vhodnou a používanou metodou u osob, které samy sobě ubližují (případně si chtějí ublížit). Můžeme ji vymežit jako „specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi“ (Špatenková 2011, s. 13). Krizová intervence se provádí ve třech formách: osobní (neboli prezenční, případně face to face), telefonické a prostřednictvím internetu.

Osobní intervence je založena právě na osobním kontaktu klienta a odborného pracovníka. Poskytuje se ambulantně, tedy přímo v místě organizace, kam se klient sám dostaví, jakož i terénně. Je zde ale i možnost pobytové služby v podobě krizového lůžka, která jsou k dispozici především v krizových centrech.

Telefonická krizová intervence je typická pro linky důvěry. Klient v akutní krizi může na tyto linky zavolat a okamžitě získat krizovou pomoc. Zpravidla je poskytována a jednou z jejích výhod je větší anonymita. Klient nevidí pracovníka, ale především ani on není viděn. Což pro něj v určitých případech může být přínosem (ačkoliv jiní to mohou považovat naopak za nevýhodu).

Krizovou intervencí prostřednictvím internetu lze považovat za poměrně novou formu. Rozšířila se díky dostupnosti a populárnosti sociálních sítí, kde je tak pro většinu společností snadno dosažitelná. Vzhledem k oblíbenosti sociálních sítí v naší společnosti lze podle Špatenkové (2011) „předpokládat stoupající zájem o tuto formu pomoci“.

### **2.2.3 Sociální terapie**

Tato metoda má více možných pojetí. Například Zakouřilová (2013) ji v Encyklopedii sociální práce od Oldřicha Matouška definuje jako specifický druh odborné intervence, která má za cíl podporovat žádoucí změny v chování klienta i v jeho sociálním okolí, a to přímým i nepřímým působením. Jejím cílem ovšem není jen ryzí vyřešení klientova problému, ale zároveň i posilování jeho kompetencí k samostatnému řešení jeho problémů. K úspěšné sociální terapii

je zapotřebí podrobná znalost klientova sociálního okolí, jeho potřeb i jeho současných dovedností. Tedy celou jeho sociální situaci. Zakouřilová (2013) uvádí, že při sociální terapii jsou klíčové právě kompetence klienta a také jeho aktivní přístup ke změně situace. V rámci této metody se využívá sociálně-terapeutický rozhovor, sociální šetření v rodině, mediace atd.

#### **2.2.4 Sociální práce s rodinou**

Výše je zmíněno, že dnes již odborníci vnímají sebepoškození především jako akt sebezáchovy a zprávu, kterou je nutné dekódovat. Je tedy hodno zmínit i metody sociální práce, které nejsou zaměřené ryze na jednotlivce, ale na celou skupinu jako je například právě rodina. Díky takovým metodám je totiž možné pomoci vyřešit širší spektrum problémů klienta, a tak zamezit výskytu sebepoškození jakožto symptomu, respektive důsledků ostatních problémů (například nefunkční rodina, nepříznivé rodinné zázemí atp.). U sociální práce s rodinou je pro efektivní sociální práci potřeba spolupracovat a budovat důvěru se všemi členy rodiny. Zaměřuje se na rodiny v rozvodovém řízení, mnohoproblémovými rodinami a další.

Při sociální práci s rodinou jde především o posilování jejích kompetencí jako je ekonomická gramotnost, u dospělých to znamená především zajištění dostačujícího příjmu, s nímž budou zároveň umět naložit. Dalšími kompetencemi, které je u dospělých potřeba posilovat, jsou mimo jiné přiměřené výchovné metody, dovednost řešení konfliktů bez použití násilí a další. Sociální pracovníci se snaží snižovat či eliminovat rizikové faktory u jednotlivých členů rodiny, jako je alkoholismus, užívání psychoaktivních látek, trestná činnost a podobně.

#### **2.2.5 Oblast prevence**

Neopomenutelnou oblastí sociální práce je prevence. V kontextu sebepoškození hovoříme nejen o propagačních materiálech informujících o sebepoškození, také například o možnosti využít linku důvěry. O určité podobě prevence ale můžeme hovořit i v případě práce s rodinou, kdy se snažíme dětem zajistit příjemné prostředí k životu a celkově prevenci zaměřenou na rizikové faktory (například boj proti šikaně, násilí atp.). Oblast prevence hraje velmi důležitou roli ve vývoji nejen sebepoškození. Zabývají se jí organizace, řešící samotný jev a pracující s ohroženými skupinami – linky důvěry, krizová centra, nízkoprahová centra atp. Prevence v kontextu sebepoškození má ovšem svá úskalí. Jedním z nich je těžká ověřitelnost její efektivity, protože jak bylo zmíněno výše, reálný výskyt sebepoškození v populaci mimo klinické prostředí lze jen těžko zmapovat. Dalším úskalím je právě výše zmíněný doprovodný jev – šíření. Tedy riziko, které s sebou nese šíření informovanosti o sebepoškození. Podle

Platznerové (2009) je dokonce kampaním zaměřeným na informování o formách sebepoškození vhodné se vyhnout. Z toho lze vyvodit, že vhodné pro prevenci sebepoškození jsou metody sociální práce, které jsou zaměřené na rozšiřování kompetencí klientů a redukci rizikových faktorů. Reálně ale v tuto chvíli není dostatek provedených výzkumů a odborných zdrojů o účinnosti prevence sebepoškození a související problematiky.

# **EMPIRICKÁ ČÁST**

### **3 Průzkum potřeb osob trpících sebepoškozováním**

V rámci zpracovávání bakalářské práce byl proveden kvalitativní průzkum. Empirická část popisuje cíl a metody tohoto průzkumu, charakterizuje průzkumný vzorek, stanovuje průzkumné otázky a líčí další potřebné náležitosti. Podrobně seznamuje se zjištěnými daty a porovnává situace jednotlivých respondentů, a to postupně podle jednotlivých kategorií, prostřednictvím kterých zároveň ukazuje, jakou pomoc potřebují. Na základě informací zjištěných analýzou následně uvádí vhodné i nevhodné metody sociální práce a odpovídá tak na otázku, zda dokáže sociální práce pomoci osobám, které samy sobě ubližují.

#### **3.1 Cíl průzkumu**

Cíl průzkumu je totožný s cílem bakalářské práce. Jedná se tedy o zjištění, jakou pomoc osoby trpící sebepoškozováním potřebují a zda jim současná sociální práce dokáže v tomto směru pomoci. Informace o potřebných formách a podobách pomoci byly hledány z jejich úhlu pohledu. Jak již bylo v teoretické části nastíněno, sebepoškozování je opravdu citlivé, a ne příliš probádané téma, proto bylo k dosažení cíle využito kvalitativního průzkumu.

#### **3.2 Průzkumné otázky**

Na začátku průzkumu byly stanoveny tyto průzkumné otázky:

1. Jakou pomoc potřebují osoby trpící sebepoškozováním?
2. Jak může současná sociální práce v České republice pomoci osobám, které záměrně samy sobě ubližují?

#### **3.3 Design průzkumu**

Design v tomto kontextu znamená podle Švaříčka aj. (2014) rámec či plán průzkumu. Zvolena byla zakotvená teorie, která „představuje sadu systematických induktivních postupů pro vedení kvalitativního výzkumu, zaměřeného na vytváření teorie“ (Švaříček aj. 2014, s. 84). Průzkum tedy nemá ambice uvádět statistická data či strohý popis, ale vytvořit teorii o potřebách osob trpících sebepoškozováním a možnostech, jak je pomocí sociální práce naplnit.

#### **3.4 Kritéria průzkumného vzorku**

Kritérium, které museli respondenti splňovat, bylo pouze jedno, a sice aby se v současnosti sebepoškozovali nebo s tím měli zkušenost z minulosti. Více kritérií nebylo stanoveno z těchto důvodů: záměrem průzkumu nebylo zjistit potřeby jen určité skupiny a dále pak proto, že vzhledem k citlivosti tématu je získávání respondentů v této oblasti problematické.



### **3.5 Metody získávání respondentů**

V rámci úplnosti informací je důležité uvést, že některé z respondentů jsem znala. Dva z nich jsem znala osobně již určitou dobu. Z důvodu anonymizace není uvedeno odkud ani o jaký typ vztahu se jednalo. Nicméně náš vztah byl na úrovni dostatečné otevřenosti a důvěry k tomu, aby mohly být provedeny kvalitní rozhovory s upřímnými odpověďmi. Jednoho z respondentů jsem znala pouze od vidění a zbylé dva jsem viděla poprvé až při našem rozhovoru.

Překvapivě nebylo těžké zajistit potřebné množství respondentů. Jeden z nich byl osloven, protože jsem věděla, že s tím má zkušenost a nebude pro něj obtížné se mnou otevřeně hovořit. Tato osoba zprostředkovala i dalšího respondenta, kterého jsem znala, ale do této doby jsem nevěděla, že se ho daná problematika dotýká. Respondent, kterého jsem znala od vidění, se dozvěděl o tématu mé bakalářské práce (ochrana jeho anonymity bohužel nedovoluje uvést, jakým konkrétním způsobem) a sám se jako respondent nabídnul. Následně doporučil i zbylé dva. Protože již byla kapacita respondentů naplněna, nebylo potřeba oslovovat nikoho dalšího ani žádat o pomoc žádnou organizaci, pracující s takovými osobami. Z popisu získání respondentů je zjevné, že byla přirozeně využita metoda sněhové koule.

### **3.6 Popis průzkumného vzorku**

Pro průzkum se podařilo získat celkem pět respondentů ve věkovém rozmezí 19 až 23 let, kteří splnili potřebné kritérium. Blíže jsou charakterizováni níže. Pro pracování s daty v této práci bylo každému z respondentů popořadě přiděleno označení podle abecedy, tedy: respondent A, B, C, D a E.

#### **Respondent A**

Věk 21 let, v současné době si stále ubližuje.

#### **Respondent B**

Věk 22 let, aktuálně si neubližuje (poslední incident přibližně dva až tři měsíce před rozhovorem).

#### **Respondent C**

Věk 23 let, aktuálně si neubližuje (poslední incident přibližně před 8 až 9 lety).

## **Respondent D**

Věk 19 let, aktuálně si ubližuje nepravdělně (poslední incident přibližně před 6 měsíci).

## **Respondent E**

Věk 23 let, aktuálně si neubližuje (prochází klidnou fází, sebepoškozování probíhá nárazově).

### **3.7 Metoda sběru dat**

Ke sběru dat byly využity polostrukturované rozhovory. Tato forma provádění průzkumu byla zvolena kvůli svým širokým možnostem. Takovýto rozhovor nám umožňuje dát dostatečný prostor respondentovi, v případě nejasností si požádat o objasnění a neomezuje nás pouze na jeden typ otázek. Díky tomu je průběžně možné adekvátně volit otevřené či uzavřené otázky.

Pro rozhovory byly vytyčeny stěžejní body:

1. Respondentův příběh se sebepoškozováním z jeho úhlu pohledu.
2. Jak probíhá typická událost se sebepoškozováním.
3. Přítomnost či nepřítomnost závislosti na sebepoškozování.
4. Informovanost a využívání linky důvěry.
5. Setkání s libovolnou prevencí.
6. Využití či nevyužití libovolné formy pomoci.

Postaveny byly tak, že nejprve respondent vyprávěl svůj příběh se sebepoškozováním od chvíle, kdy podle něj začal, až do konce nebo do současnosti. Začátek nebyl omezen na první incident, ale mohla to být jakákoliv událost či životní situace, kterou považoval respondent za tu pravou. Také byly pokládány další doplňující otázky, aby byly zjištěny všechny předem stanovené body a data potřebná ke splnění cíle průzkumu. K tomuto účelu již byly některé otázky nachystány předem:

- Jak tě napadlo řešit problém tímto způsobem?
- Jak probíhalo tvé první sebepoškození?
- Dokázal (dokázala) bys mi popsat typickou událost sebepoškozování – co se v tobě odehrává od okamžiku, kdy začneš myslet na to, že si ublížíš až do chvíle po tom, co to uděláš?
- Myslíš, že jsi nebo byl (byla) závislá na sebepoškozování?
- Využil (využila) si někdy linku důvěry?

- Mluvil s tebou někdy někdo o sebepoškození v rámci prevence?
- Napadá tě něco, co kdybys tenkrát dostal (dostala), tak by ti to pomohlo, aby sis nezačal (nezačala) ubližovat?
- Je ještě něco, co považuješ za důležité říct ke svému příběhu nebo k sebepoškození obecně?

### **3.8 Metoda analýzy dat**

Všechny rozhovory byly nahrávány a následně přepracovány do písemné podoby. Posléze byly zpracovávány pomocí metody otevřeného kódování. Všechny rozhovory byly detailně pročitány a jednotlivým úsekům byly přidělovány kódy co nejlépe vystihující význam. Kódování probíhalo intuitivně a v několika po sobě jdoucích opakováních. Následně bylo porovnáváno, jaké kódy se kde vyskytují a byly hledány podobnosti mezi respondenty. Například jaké emoce se objevovaly nejčastěji, porovnání prvotních příčin, srovnání popisu typických událostí atd. K tomuto účelu byla využita kategorizace. Jednotlivé kategorie byly určovány tak, aby umožňovaly srovnávání zásadních bodů.

Byly zde určeny tyto kategorie: Vlastní začátek příběhu, První událost, Typická událost, Důvody sebepoškození, Příčiny sebepoškození, Vztahy v rodině, Zkušenost s odborníky, Psychoaktivní látky a alkohol, Formy sebepoškození, Emoce a Potřeby.

Po celou dobu zpracovávání dat byl brán zřetel na fakt, že se jedná o subjektivní pocity respondentů a také na to, že výsledek průzkumu nebude možné pokládat za jediný pravdivý a platný pro celou společnost.

## **4 Výsledky průzkumu**

V této kapitole jsou popsány poznatky získané během analýzy dat, a to postupně podle jednotlivých kategorií. Všechny tabulky zhotovené v rámci kategorizace jsou součástí příloh.

### **4.1 Vlastní začátek příběhu**

Jak bylo očekáváno, žádný z respondentů nebyl schopen uvést přesné datum, kdy si začal ubližovat. Všichni respondenti ho ale datovali do období dětství. Hledání toho pravého bodu začátku pro ně bylo těžké. Proto u některých z nich chvíli trvalo, než začali svůj příběh vyprávět. Všichni respondenti popisovali více různých faktorů. Po přidělení kódů do této kategorie vznikla tato tabulka:

Tabulka č. 1: Vlastní začátek příběhu

A	B	C	D	E
chudoba v dětství, oběť šikany, oběť sexuálního zneužívání, sebenenávisť, sebetrestání, sebeobviňování	nedostatek pozornosti, nedostatek lásky, závist sestře, pocit opuštění, opuštění otcem	nefunkční vztah s otcem, bezvýhodnost situace, psychické týrání ze strany otce, fyzické násilí otce vůči matce, nevyhovující zázemí	rozvod rodičů, zanedbávání otcem, oběť šikany, smrt babičky, nefunkční vztahy, ztráta sebevědomí	osamělost, žádní vrstevníci, naivita, nereálná očekávání, první láska, nízké sebevědomí, zášť vůči expřítelkyni partnera, sebenenávisť

V tabulce můžeme vidět, že faktory přisuzované začátku příběhu jsou sice různé, a přesto mají všichni respondenti jedno společné. Všichni popisují na začátku svého příběhu nějaký nedostatek, určité strádání. Respondenti nevyslovili, a ani z rozhovoru nevyplývalo, že by na samém začátku uvažovali o sebepoškozování, nebo že by si uvědomovali, k čemu jejich cesta vedla. Jako začátek svého příběhu to vyhodnocují až zpětně.

## 4.2 První událost

Při vyprávění respondenti sami od sebe pozvolna přecházeli k popisu první události. Zde bylo naráženo na drobné úskalí. Přestože všichni znali okolnosti, ne všichni si svůj první incident pamatovali. Nejen proto, že to již bylo dávno, ale zkrátka svůj zážitek alespoň z části vytěsnili, jako například v tomto případě:

*„První impuls, jakože jsem se pořezala, já si to pořádně nepamatuju. Já fakt asi mám nějaký blok z toho v sobě. Vím jenom, že pak jsem byla v koupelně, krvácela jsem, máma brečela, ale nevím, jak k tomu došlo.“* Takto popisuje svůj první incident respondent D. I přes ztrátu paměti však stejně jako u dalších respondentů vedl k dalším incidentům. *„Nevím, jak se to stalo, ale pak nějak jsem se začala tak nějak, jakože pravidelně, protože mi to hodně ulehčovalo“* (respondent D).

Žádný z dotazovaných první událost nepopsal jako předem plánovanou činnost, naopak tři z pěti respondentů to popsali spíše jako impulzivní jednání a činnost, která vedla nějakým způsobem k úlevě. Průběh se u respondentů lišil, včetně okolností i popisovaných emocí. Navzdory množství odlišností ale měly příběhy o prvním incidentu všech respondentů i jeden společný znak, a to spojitost s předcházející velkou emoční zátěží v různých formách. U někoho

to bylo úmrtí člena rodiny, u někoho rozchod, konflikt, ale také se objevovala spojitost s prožíváním sexuálního zneužívání a šikany. Objevovaly se různorodé negativní pocity, kterým respondenti v různé míře podléhali. Ani jeden incident nepřišel náhle po šťastném a spokojeném období života.

Objevoval se popis pozitivních zkušeností při první události. Zároveň z rozhovorů vyplývá, že právě pozitivní zkušenost se sebepoškozováním vede k opakování. „*Vlastně si z té doby ani pořádně nic nepamatuju. Chodila jsem normálně do školy, dělala jsem věci do školy, ale ani o tom pořádně nevím. A když to přišlo, tak jsem se zhroutila, začala jsem strašně brečet a pak přišel takový klid, když jsem si uvědomila, že jako něco můžu udělat, což bylo to sebepoškozování*“ (respondent E).

### 4.3 Typická událost

Během rozhovorů byla snaha pochopit, co přesně se v respondentech odehrává, když si ubližují. Ukázalo se, že uchopit a popsat typickou událost tak, jak obvykle probíhá u všech respondentů, není reálné. Všechny příběhy byly naprosto individuální. A i když se celkově v příbězích nachází stejné nebo podobné emoce, typická událost není z příběhů jednoznačně popsitelná. Postupem jejich příběhů se měnily příčiny sebepoškozování, okolnosti, přístup. Někdy byl incident náhlým impulzivním aktem, jindy zase promyšleným jednáním. Respondenti byli dotazováni, jak vypadá taková jejich typická událost. Co se jim honí hlavou, jaké mají emoce v jednotlivých částech incidentů.

Ačkoliv se respondenti snažili, většina z nich nedokázala typickou událost úplně popsat. Respondenti B a D měli pocit, že se typická událost v průběhu doby změnila a popisovali tedy zvlášť typickou událost „před tím“ a „potom“. U obou případů se ukázalo, že u druhé typické události již nepocítovali úlevu. Respondent D navíc doplnil, že se díky tomu dokonce cítil vyloženě strašně.

Respondent E dokonce nepopsal žádnou z jednotlivých částí incidentů. Vymezil ale emoce, které typicky pociťuje. Dle jeho slov je vždy přítomen vztek, sebenenávist a myšlenky o tom, že ho nikdo nemá rád, a kdyby zemřel, nikdo by si toho vlastně ani nevšiml.

Všem částem incidentu dokázal přiřadit nějaké myšlenky nebo pocity pouze respondent C, který tedy dokázal vylíčit typickou událost nejúplněji. Jeho popis vypadal následovně:

Před tím: respondent pociťoval vztek a velkou frustraci.

Okamžiky první myšlenky na sebepoškození: smýšlení, že přeci ví, jak to bude za chvíli dobrý. Že to přeci dělá vždycky, tak to udělá i teď.

Mezi první myšlenkou a samotným sebepoškozováním: Jen hledá vhodný nástroj, kterým se pořeže.

Během sebepoškozování: Pociťuje jakýsi příjemný pocit.

Doba trvání zranění: Cítí úlevu.

Poté: Zažívá výčitky z toho, že si zase ublížil.

#### **4.4 Důvody sebepoškozování**

Důležitým zjištěním získaným zkoumáním důvodů sebepoškozování je, že čtyři z pěti respondentů přiznalo závislost. Respondent E ji popřel na základě zkušeností s marihuanou, na které dle jeho slov závislý byl (psychicky): „*Spíš je to takový řešení v tu chvíli. Není to, jako že bych k tomu sklouzávala i při každé menší věci, což s tou marihuanou jo, takže si nemyslím, že bych na tom byla závislá.*“

Tento tázaný nebyl jediný, který přirovnání k různým omamným látkám využil. Například jeden z popisů své potřeby sebepoškozování u respondenta A byl: „*To je úplně stejně jako s alkoholem. Když seš fakt jako tvrdej alkáč a přestaneš prostě, tak stačí, aby sis jenom trochu srkla, a seš v tom znovu, že jo. Stejně to je s tím sebepoškozováním.*“ Více ke kontextu návykových látek a sebepoškozování je poté popsáno v příslušné kategorii níže. Zde je ovšem podstatné, že rozhovory ukázaly, že bývá přítomno bažení, které je jedním z projevů závislosti. Většina respondentů sama dokáže přiznat, že je nebo byla na sebepoškozování závislá. To je informace, která je parametrem podstatným pro volbu postupu odstranění sebepoškozování u jedince.

Další vysoký výskyt byl zaznamenán u důvodu úlevy, případně uvolnění. Ten se v různé míře objevil u všech respondentů. To naznačuje, že tvrzení říkající, že sebepoškozování slouží k uvolnění vnitřního napětí, je pravdivé. Nebo jak bylo popsáno v teoretické části, je metodou copingové strategie.

Zajímavým zjištěním bylo, že ačkoliv se u čtyř z pěti respondentů ukázal, nebo byl zmíněn nedostatek pozornosti, u většiny z nich to nebyl důvod ublížit si. Přesněji získání pozornosti jako důvod sebepoškozování se objevilo pouze u jednoho z nich. Chybějící pozornost se v kontextu sebepoškozování ukázala spíše jako možná příčina.

Tři z pěti respondentů uvedli, že důvodem sebepoškozování bylo potrestání se. Netrestali se za to, že něco provedli, ale převážně, za to, jací jsou. „*Jakoby jak jsem byl furt šikanovanej a takhle zneužívanej a kdesi cosi, tak jsem se pak jako by vyloženě začal sám sebe nenávidět za kde co. A začal jsem jakoby sám se tím způsobem trestat. Že jsem si ubližoval prostě za to, jakej jsem, a tak a z toho co se mi dělo z okolí jsem obviňoval hlavně sám sebe*” (respondent A).

Dalšími důvody, které se objevovaly, byly: potřeba přebít psychickou bolest fyzickou, získání pozornosti, prevence sebevraždy, náhrada za sebevraždu, dokázat své partě že je „frajer”, důkaz žití, přesvědčení se, že život má cenu, praktičnost oproti jiným způsobům ventilace.

Zvláštní podobou důvodu byla psychická porucha. Respondent A má dle svých slov diagnostikovanou bipolární poruchu. Během svého vývoje nemoci si vytvořil alter ego, které dle jeho tvrzení páchá sebepoškozování bez jeho popudu. Z doby, kdy jeho vědomí ovládá ono alter ego, si respondent prožitky nepamatuje. To naznačuje přítomnost i mnohočetné poruchy osobnosti, ale dle informací od respondenta mu jeho psycholog nevěřil, a tak mu nebyla diagnostikována.

#### 4.5 Příčiny sebepoškozování

V tomto kontextu je příčinou myšlen faktor, sociální situace nebo určitá událost, která respondentům zvdala důvod si ubližovat, tedy dodala jim jejich vědomý motiv. Například, pokud se zeptáme respondenta A, proč si ubližoval, neodpoví, protože byl šikanovaný nebo kvůli tomu, byl obětí zneužívání. Pová nám, že důvodem byla potřeba se potrestat, protože se nenáviděl. Tuto potřebu ale muselo něco zapříčinit, a právě tomu se tato kategorie věnuje.

V předchozí kategorii bylo nastíněno, že nedostatek pozornosti se objevoval u většiny z respondentů, ale nebyl jejich důvodem si ublížit, nýbrž spíše příčinou sebepoškozování.

V následující tabulce můžete vidět, že tomu tak je u čtyř z pěti respondentů.

Tabulka č. 2: Příčiny sebepoškozování

A	B	C	D	E
šikana, zneužívání, nedostatek pozornosti, onemocnění sestry, úmrtí členů rodiny,	nedostatek pozornosti, traumatický zážitek, poškozené vztahy v rodině, stres	domácí násilí, nefunkční vztahy v rodině, konflikt otce s jejím partnerem	nedostatek pozornosti, šikana, nefunkční vztahy v rodině, rozvod rodičů, zanedbávání otcem, smrt babičky, smrt	osamělost, narcistický přítel, rozchod s partnerem - „zlomené srdce“, nedostatek kontaktu s vrstevníky v

psychická porucha			dalších příbuzných, ztráta kamarádky, znásilnění	děství, nedostatek pozornosti, strach odhalit slabost
-------------------	--	--	--	---

Výjimkou je respondent C, u něhož na rozdíl od ostatních nebyla zaznamenána ani rozmanitost příčin. Jak vyplynulo z jeho vyprávění i z toho, jak on sám popisoval možné příčiny, bylo vidno, že jeho problém se sebepoškozováním byl úzce spojen s jednou konkrétní příčinou – situací doma. Při pokusu o sebevraždu u respondenta C došlo k jakémusi sebeuvědomění, které dopomohlo k jeho odstěhování z domácnosti. Od té doby si respondent C již neublíží.

Jak je v tabulce vidět, častou příčinou bylo nějaké trauma, traumatické období. To většinou předcházelo prvnímu incidentu a podílelo se tak na samotném rozvinutí sebepoškozování u jednotlivých respondentů. Není sice legitimní podklad pro to, že pokud by se tyto události nestaly, tak by si dotazovaní ubližovat nezačali. Nelze však vyloučit okolnost, že nějaká podoba traumatu se objevila u čtyř z pěti respondentů, přejít alespoň bez položení otázky, zda vývoj problému se sebepoškozením byl traumatizováním urychlen.

#### 4.6 Vztahy v rodině

U všech respondentů byly v různé míře poškozené vztahy v rodině. Nejčastěji se objevoval problémový vztah s otcem. V případě respondentů B a D se jednalo o jeho odchod z rodiny. Respondent D popisuje pocity z toho, jak jej zasáhl odchod otce a následně dále trápil otcův nezájem, vyvolávání planých nadějí na častější setkávání a následná zklamání. Respondenti C a E zase hovořili o různých formách násilí, především o psychickém týrání a fyzickém napadání matky.

Respondent D popisoval vývoj vztahu s matkou. Ta v předchozím období střídala partnery nadmíru často. Nakonec si našla stálého partnera alkoholika, a i ona alkohol hodně pije. Respondent jí vyčítal, jak se k němu matka chovala, když byla pod vlivem alkoholu. Zároveň přiznal, že se nějakou dobu domníval, že pije kvůli němu. To mu bylo údajně později vyvráceno. Naopak k maceše měl vztah vždy kladný, nicméně kvůli otcovu zanedbání se zjevně příliš často nevidají.

V případě respondenta C byl zřejmě otec jádrem celého příběhu sebepoškozování. Byl označen za příčinu. Respondent popisoval psychické týrání, ponižování doma i na veřejnosti, časté konflikty. Při pokusu o sebevraždu prosil matku, aby ho opustila a při dotazu, zda se dalo



předejít vzniku sebepoškození, uvedl, že jedinou možností by byl zázrak, který by dovedl otce k osobnostní změně nebo jeho odloučení od rodiny.

Velký otazník zůstal viset nad respondentem A. Kromě toho, že příliš o své rodině nemluvil, neuvedl, kým byl zneužíván. Jedna z částí rozhovoru naznačuje, že se mohlo jednat o bratra, který ho i šikanoval. Žádný jasný podklad ovšem není a stejně tak chybí cokoliv, co by ukazovalo, zda se vůbec jednalo o člena rodiny nebo někoho zvenčí. Proto v rámci hodnocení průzkumu nebylo možné s touto informací plnohodnotně pracovat.

#### **4.7 Zkušenost s odborníky**

Pro zkoumání, jakou pomoc dokáže poskytnout sociální práce, bylo důležité zjistit, jakým způsobem s nimi bylo pracováno a co to v nich zanechalo. Bohužel se ukázalo, že v respondentech převládají špatné zkušenosti a negativní emoce vůči některým odborníkům, zejména psychologům.

Respondenti A, B a E popisovali vyloženě špatnou zkušenost s psychologem. Společným znakem bylo, že měli pocit nepochopení ze strany psychologa. Stěžovali si, že se zaměřoval na jiné téma nebo pracoval s jinou terapeutickou metodou, než oni potřebovali.

Pro konkretizaci jsou zde uvedeny některé jejich výroky:

*„Nevím, jako hele můj psycholog je schopný se bavit furt jenom dokola o mém vztahu a jako neřeší taky fakt důležitý věci, který bych já třeba potřeboval ze své hlavy vyblokovat“* (respondent A).

*„Vylezla z ní ta terapie typu, že to jsou křivdy rodiny a že jí mám sestavit, jak to říct, nějakéj – jak se tomu říká – no prostě nějaký ty svoje blízký předky – rodokmen, nějakéj blízkej a jakoby jaký oni problémy měli v životě. Což mě odradilo ještě víc, protože беру, tohle je dobrej způsob terapie, určitě si myslím, že na tom něco je, ale není to to, co jsem potřebovala v tu chvíli. Já jsem potřebovala vyřešit svoje problémy teď“* (respondent E).

Se špatnou zkušeností nějakým způsobem souvisí i nedůvěra v psychology, kterou různými způsoby popsali všichni tři respondenti. Respondent E dokonce uvedl, že od té doby již psychologa nenavštívil, i když ví, že by mu to svým způsobem pomohlo. Další souvislost je pak s jejich očekáváním. Neadekvátní očekávání od psychologů se objevilo u respondenta A i B. Z jejich popisu špatné zkušenosti vyplynul postoj založený na domněnce, tzv. zázračné pilulky. Představují si, že k psychologovi přijdou a on hned na začátku pozná co je jejich

problémem a jak ho řešit. Poté má být dle jejich představ jeho úkolem jejich problém vyřešit nebo alespoň společně s nimi. Informace, jak na sobě mají pracovat, považují za nedostatečné, případně je ne plně chápou. Necháávají největší část zodpovědnosti řešení svého problému na nich.

Další dva respondenti prošli dvěma různými ústavu. Respondent C byl poslán do diagnostického ústavu. Jeho zkušenost z tohoto místa je také negativní. Měl pocit, že je personálem ignorován a o jeho osobnost vnímal snahu pomoci mu jen formou dotazníků. „*Hele tam se mnou neřešili člověče vůbec nic. Jako fakt hrozný. Hlavně jakoby ten jejich přístup. Já jsem dostala takovej hroznej štos listů, abych to vyplnila. Nikdo k tomu mi nic neřekl, s psycholožkou jsem ani jednou neseděla*“ (respondent C). Oproti tomu respondent D měl s ústavem jako takovým příjemnou zkušenost. V jeho případě šlo o psychiatrickou léčebnu. Pozitivní zkušenost ale nepramenila z práce odborníků. Ač jejich práci neoznačil jako špatnou, byla dle jeho slov k ničemu.

To, co tvořilo příjemné vzpomínky na psychiatrickou léčebnu u respondenta D a bylo tím, co mu nějakým způsobem pomohlo, bylo sdílení s ostatními pacienty. Velký přínos byl vnímán ve sdílení příběhů právě bez dozoru terapeuta. Respondent popisoval pocity sounáležitosti, opravdového pochopení a důvěry. Podobně kladný vliv setkávání se s ostatními lidmi se stejnými (případně podobnými) problémy byl zaznamenán u všech respondentů. Všichni hovořili o tom, že jim pomáhá s takovými lidmi mluvit, sdílet s nimi svůj příběh a navzájem se podporovat. Převládal také názor, že jelikož si prošli stejným nebo podobným problémem, dokážou jim rozumět.

U respondenta A mělo sdružování s dalšími nositeli sebepoškozování specifický vliv. Kromě výše zmíněného totiž díky nim dospěl do fáze, kdy sebepoškozování začal považovat za přirozenou věc. Za něco, co k němu patří a zároveň něco, co je normální a v pořádku, protože to dělají ostatní. Je tedy patrné, že ačkoliv sdružování nositelů stejného sociálně patologického jevu má pozitivní vliv, může vést také k neplánovaným vedlejším jevům.

## 4.8 Psychoaktivní látky, alkohol

Tabulka č. 3: Psychoaktivní látky, alkohol

A	B	C	D	E
nadměrné užívání alkoholu, alkohol neovlivnil míru sebepoškozování, po pití rychlejší úleva sebepoškozením	nadměrné pití, marihuana, zklidňující účinky marihuany, pití jako náhrada za sebepoškozování	alkohol, cigarety jako období	nadměrné užívání marihuany, "spadnutí do toho", během užívání bez sebepoškozování	nadměrné užívání marihuany, pocit závislosti na marihuaně, automedikace, zklidňující účinky marihuany

Jak můžeme vidět v tabulce, je pravdou, že všichni respondenti měli nějaké zkušenosti s alkoholem či marihuanou. Většinou již poměrně v nízkém věku (např. respondent C již před 14. rokem). Na základě provedených rozhovorů se ale nedá jednoznačně říct nebo dokonce určit přesný vliv alkoholu nebo marihuany na sebepoškozování nebo jejich souvislosti. Jako náhradu za ubližování si to označili pouze dva respondenti. U respondenta C se dokonce za celou dobu rozhovoru neobjevila zmínka jakékoliv souvislosti. Hovořilo se jen o užívání v kontextu vyprávění o konfliktu s otcem. Ve větší míře můžeme pozorovat pouze kouření marihuany. K hlubšímu zkoumání souvislosti nadměrné užívání marihuany (objevilo se u dvou respondentů), případně nadměrné pití alkoholu (také v případě dvou respondentů) by byl zapotřebí samostatný průzkum.

## 4.9 Formy sebepoškozování

I když se objevovaly i jiné formy, jako polykání léků, škrábání, trhání vlasů, vyřezávání si hanlivých označení, byla u všech respondentů primární forma řezání, které bylo prováděno na různých částech těla. To, kam se říznou, vybírali dotazovaní podle toho, zda je ta část vidět či nikoliv, případně zda se dá zakrýt. Popisovali zejména řezání na rukou a nohou. Protože ve většině případů nešlo o získání něčí pozornosti, volili těžko odhalitelná místa nebo taková, pro která bylo snadné vymyslet způsob zakrytí. Například zápěstí následně zakryté potítkem.

U čtyř z pěti respondentů se objevila určitá gradace jako například hlubší a hlubší řezy nebo zvyšování počtu řezů. Respondenti uváděli, že postupem času pocítovali potřebu ublížit si více než doposud. Míra fyzické bolesti, která jim pomohla k úlevě či přehlušení psychické

poruchy, po čase přestala účinkovat, a oni se tak řezali více nebo formu měnili, například na pálení se.

Gradace probíhala také v závislosti na aktuálně stanovené farmakoterapii. I když ti, co užívali různá antidepresiva, se neshodovali ve spokojenosti, shodovali se na tom, že byly jejich emoce utlumeny a tím byla snížena i potřeba ublížit si. Kromě jednoho případu to u dotazovaných nebylo tak, že by si ubližovali více a více, až se uchýlili k pokusu o sebevraždu. Stále měli potřebu si pouze ubližovat, ale s postupným navyšováním intenzity bolesti.

I když ne následkem gradace, přeci jen se sebevražedné chování (myšlenky na sebevraždu) a jednání (pokus o sebevraždu) objevovalo. Alespoň jedna z variant se vyskytla u všech respondentů.

V případě prvního respondenta (A) se jednalo o dva pokusy. První pokus byl dle slov proto, že sebepoškozování nepomáhalo, a tak dotazovaný vyhodnotil, že žít již nemá cenu. Právě zde jde v rámci celého průzkumu vidět jediný pokus o sebevraždu jako důsledek stupňování sebepoškozování. V průběhu si to ovšem rozmyslel a zachránil se. Druhý pokus již nebyl v jeho režii. Pokusilo se o ni jeho alter ego.

Respondent B vykazoval pouze suicidální chování. Myslel tedy na sebevraždu, ale nikdy se o ni nepokusil. Uvedl, že na to nejspíše neměl odvalu, nicméně v jeho případě bylo patrné, že sebepoškozování sloužilo jako určitý typ prevence sebevraždy. *„Jako myslím si, že asi byli jako momenty, kdy, kdybych do sebe neřízla, tak asi půjdu a třeba spolykám nějaký prášky no...”* (respondent B).

Preventivní funkci plnilo sebepoškozování i u respondenta E. V jeho případě to funguje tak, že ho sebepoškození natolik vyčerpá, že již nemá sílu myslet na důvody sebevraždy. U tohoto dotazovaného došlo k přípravě sebevraždy, ale pokus již zahájen nebyl. Po přípravě totiž došlo k emočnímu zhroucení. Respondent popisoval, že začal nekontrolovatelně brečet. Poté se však náhle cítil lépe. V rámci průzkumu mu byla položena otázka, zda vnímá souvislost mezi svým sebepoškozováním a sebevražednými sklony. Překvapivě se podle něj jedná o dva různé problémy.

Respondent C měl pouze jedinou zkušenost, kdy bez předchozích myšlenek došlo rovnou na pokus o sebevraždu. Dle jeho vnímání nesouvisel se sebepoškozováním, jednalo se o dva odlišné problémy. Život mu byl zachráněn jinou osobou, když byl v bezvědomí. V jeho příběhu hrála tato událost zásadní roli. Jak bylo již nastíněno v kategorii příčin, došlo po ní dle

respondentových slov k jakémusi sebeuvědomění a následkem toho i životním změnám. Poté si už nikdy neublížoval ani se nepokusil o sebevraždu.

Zbývající respondent D má zážitky s pokusy o sebevraždu opět odlišné. V jeho případě se jednalo opakované pokusy z různých důvodů. I v jeho případě se jedná dle z jeho úhlu pohledu o dva odlišné problémy.

Oblast sebevražd je možným tématem celé samostatné bakalářské práce. Je ale nutné zohlednit fakt, že se tato problematika nějakým způsobem ukázala u všech dotazovaných, ačkoliv tři z pěti nevnímali souvislost se sebepoškozováním.

#### 4.10 Emoce

Tato kategorie porovnává výskyt emocí, které se u respondentů objevovaly. Nejčastěji se objevoval vztek, a to konkrétně u čtyř z pěti respondentů. Jednalo se o vztek na sebe i na okolí, z různých důvodů. Objevoval se jako příčina sebepoškozování. Konkrétně respondent C si ublížoval, aby ventiloval vztek na svého otce. Jiní si zase pociťovali vztek až po aktu sebepoškození, kdy měli vztek sami na sebe, právě protože to udělali. Tomu je podobná druhá nejčastější emoce – nenávist. Ta se ukázala opět u čtyř dotazovaných. Kromě respondenta C cítili všichni nenávist vůči sobě, a proto měli potřebu se potrestat. Zde můžeme vidět tyto a další emoce v tabulce kategorie tak, jak se u respondentů objevovaly:

Tabulka č. 4: Emoce

A	B	C	D	E
psychická bolest, nenávist, vztek, smutek, prázdnota, úleva	prázdnota, strach, stud, bolest, zklamání, úleva, nenávist, vztek	vztek, frustrace, úleva, vztek, nenávist	vztek, smutek, zklamání, strach, lítost, úleva, radost	nenávist, bolest, zklamání, prázdnota, úleva

V rozhovorech se ukazovalo, že incidentu často předcházela velký příval negativních emocí. Respondentům se přihodila nějaká událost, která byla emocionálně velmi náročná, a to vedlo k impulzivní potřebě ublížit si. Typické dění to bylo u respondenta E, který i četnost svého poškozování popisuje jako závislou na vzniku nových obtížných situacích. „Vždycky pak přišla nějaká asi větší rána. Kdyby to bylo furt, jako kdyby to byla furt stejně špatná událost, tak

*si myslím, že už by to nebylo pro mě tak těžký, že už bych k tomu nesklouzla. Že už bych možná byla schopná nějak jinak se s tím vypořádat.*“ (respondent E).

Přívally emocí, které předcházely incidentům, nebyly jen nárazové ve velké míře. U respondentů A, B, D docházelo k tomu, že se postupně hromadily a hromadily, až došlo k přesycení a oni jim podlehli. Podlehnutí následně řešili sebepoškozováním. Ať už přicházely emoce k dotazovaným jakýmkoliv způsobem, u všech se ukázalo, že nedokázali najít jiný, společensky přijímaný ventil. Nebo s nimi jinak efektivně pracovat, aby nevznikla potřeba se k sebepoškozování uchýlit.

#### **4.11 Potřeby**

Do této kategorie byly zahrnuty všechny potřeby zaznamenané v rozhovorech. Objevovaly se během popisování incidentů, ve vyprávění celého příběhu i mezi důvody sebepoškozování. Respondenti byli také dotazováni, zda bylo něco, co by jim pomohlo sebepoškozování předejít nebo co by jim pomohlo si přestat ublížovat. Potřeb, které se v průběhu průzkumu ukázaly, nebylo málo a lze předpokládat, že s větším množstvím respondentů by se mohlo jejich množství ještě rozšířit.

Objevovala se potřeba vyloženě si ublížit, předejít některým událostem, například smrti rodinného příslušníka. Všichni respondenti uvedli, že potřebují nebo potřebovali nějakým způsobem řešit svoje problémy ať už sami, s psychologem nebo s někým pro ně blízkým. Lze pozorovat, že jejich nenaplněné potřeby se prolínají všemi kategoriemi i celými rozhovory. Ať už byly tyto potřeby uvědomované nebo ne, doháněly je k tomu si ublížit, pokusit se o sebevraždu. U všech se vyskytovala potřeba si z různých důvodů ulevit. Například respondent C si potřeboval ulevit od přehlcení vzteku, respondent A zase vyžadoval úlevu od psychické bolesti, a proto ji zaháněl fyzickou, která pro něj byla snesitelnější.

Lze pozorovat, že jejich nenaplněné potřeby se prolínaly celými rozhovory i vyplývají ze všech vytvořených kategorií. Ať už byly tyto potřeby vědomé nebo ne, doháněly je k tomu si ublížit, pokusit se o sebevraždu. To vede k poznatku, že metody práce s těmito lidmi by měly být směřovány mimo jiné tak, aby jim pomohly jejich potřeby naplnit jiným, společensky přijímaným způsobem.

## 4.12 Dodatky respondentů

Na závěr každého rozhovoru byla respondentovi položena otázka, zda je ještě něco důležitého, co si myslí, že by v kontextu jejich příběhu nebo obecně k tématu sebepoškozování mělo zaznít. Kromě respondenta E všichni něco uvedli. Záměrem průzkumu bylo zjistit jejich potřeby a z toho důvodu je zde i tato část, věnovaná tomu, co respondenti považovali za důležité a chtěli se o to podělit.

### Respondent A

*„Hele prostě nejvíc fakt jako prostě nízký sebevědomí, protože jakoby lidi tady, v naší zemi, by furt někomu snižovali sebevědomí, víš? Oni si kolikrát ani neuvědomují, že blbýma poznámka jenom ti to sebevědomí prostě postupně sešlapávají a nevědí ani jak seš na tom, třeba co se ti děje doma nebo tak a jako takhle prostě podle mě vznikaj psychopati přesně.“*

### Respondent B

*„Jenom asi by bylo prostě fakt jako ideální, dělat mnohem větší prevenci, aby to ty lidi prostě jako nedělali. Trošku víc jako se o ty lidi starat a mít trošku větší zájem i o ostatní než jenom sám o sebe. To si myslím, že je jako hlavní, co by se asi z tohohle ty lidi celkově měli prostě vzít no. Že jako je spousta věcí, který se neřešej, nemluví se o nich, což je strašně špatně.“*

### Respondent C

*„Asi úplně ne no... Možná jako zlepšení celkově jako diagnostických pobytů, který mají diagnostikovat, a ne jenom tam ty děti na tři tejdny prostě jako dát. A takový to, aby si prostě všichni jakoby víc všímali. Aby to nebrali jako práci takový to – dítě nechce domů, ať už to řekne učiteli, ať už to řekne prostě psychologovi, ať už to řekne ve školce, prostě aby to začali řešit. Aby to jako ... aby to šetrně začali řešit, zjišťovat co se děje, a ne to prostě brát jenom jako odučím si tady tu hodinu a tím to tady končí.“*

### Respondent D

*„Možná jenom to, že mě, co fakt lidi, co znám, tak že mě mrzí, že tímhle si projde strašně moc lidí. Že jsem třeba, než jsem byla na tý psychiatrii, tak jsem myslela, že jsem jediná a ono to bylo docela zajímavý, protože tam jsme z tý školy byli stejný najednou. Sice každá v jiným ročníku a to, ale bylo to takový jakože – zvláštní. Že bych to jako předtím ani neřekla.“*

## 5 Dílčí shrnutí

Sebepoškozování nelze popsat jako jednoduchý problém s jednotnou charakteristikou. Vymezení jeho konkrétní příčiny v omezeném množství a stanovit univerzální léčbu na jeho řešení. Komplexní problematika tohoto jevu je závislá na osobnosti postihnuté osoby. Odvíjí se od jejího vývoje od dětství, až po současnost. Jeho současné situace, povahy, prožívání, důležitých momentů jeho života a dalších faktorů. Rozhovory ukázaly, že ke klientovi trpícímu sebepoškozováním je nutné přistupovat naprosto individuálně a pracovat s ním jako s celkem, jehož součástí je i jeho sociální prostředí. Aby mu bylo možné pomoci, je potřeba zkoumat všechny jeho vztahy, obavy i přání. Průzkum ukazuje, že sebepoškozování se neobjevuje náhle bez předchozího strádání jedince, které již nějakou dobu trvalo. Právě strádání, nenaplněné potřeby a traumatické zážitky sebepoškozování dle rozhovorů předchází. Rozhovory ukázaly skupinu faktorů, kterými by se měla sociální práce zabývat při řešení dané problematiky, a tak navádí ke správným metodám sociální práce.

## 6 Doporučené metody sociální práce

Dobrou zprávou je, že rozhovory ukázaly, že sociální práce může osobám trpícím sebepoškozováním skutečně pomoci. Získaná data také pomohla zjistit, které metody sociální práce mohou osobám trpícím sebepoškozováním pomoci. Nutno však podotknout, že tím není řečeno, že dané metody mají být aplikovány separovaně od práce jiných odborníků. Na místě je spolupráce s psychology, psychiatry, etopedy, různými terapeuty a dalšími pracovníky z blízkých oborů. Také je potřeba brát v potaz, že respondentů nebyl takový počet, aby bylo možné tvrdit, že metody budou funkční na celou společnost. Ověření pravdivosti vyžaduje další zkoumání.

### 6.1 Primární prevence

V rozhovorech se ukázalo, že sebepoškozování u respondentů předcházelo delší časový úsek vyplněný různými formami strádání, nenaplněnými potřebami, nedostatkem informací, neschopností zvládnout pracovat s emocemi a několika dalšími faktory, je zjevné, že podstatnou část v řešení problematiky tvoří prevence. Tyto nepříznivé faktory většinou přetrvávaly i během období sebepoškozování a často se na ně nabalovaly další. Z toho vyplývá důležitost působení preventivní sociální práce. Bakalářská práce je zaměřena na pomoc osobám, které sebepoškozováním trpí, ale vzhledem k důležitosti prevence, kterou rozhovory naznačily, by byla chyba se jí alespoň v krátkosti nevěnovat.



V teoretické části se říká, že prevence může být riziková, protože může lidem poskytnout návod na sebepoškozování, a tak odstartovat dlouhodobé problémové období. Vzhledem k tomu a k faktorům ovlivňující vyvolání potřeby ublížit si, je v této oblasti na místě prevence zaměřená na eliminaci příčin a důvodů. To znamená, že by neměla být postavená ve stylu například drogové problematiky (tedy šíření informací o podobách sebepoškozování, jejich důvodech, jak je to špatné a podobně). Měla by být zaměřená na zvládání náročných situací a možnosti řešení.

Sympatickou podobu prevence popsal jeden z respondentů. Navrhl prevenci ve formě vhodného odborného pracovníka, například etopeda nebo psychologa, ve školském zařízení. Ten by měl s dětmi pravidelně hovořit, ať už vykazují nějaké problémové chování či nikoliv. Jejich vztah by měl být založen na tom, že pracovník je tam pro ně, aby jim pomohl. Tuto roli by jistě mohl zastávat i sociální pracovník. Myšlenka této formy prevence je dobrá. Bohužel současná doba neukazuje na reálnost jejího provedení. Určitý pozitivní vliv v prostředí škol mohly mít peer programy. Nicméně vzhledem k tomu, že pomocnou rukou jsou zde vrstevníci, kterým chybí určitý typ vzdělání, a taky vzhledem k tomu, že tyto programy jsou zaměřené na omezený výběr sociálně-patologických jevů, by samostatně nebyly dostačující.

Během rozhovorů se často objevovaly nezvládnuté emoce, případně přehlčení jimi. Bylo by tedy na místě šíření povědomí o tom, jak s nimi pracovat. Jak zvládnout silný příval emocí, jak zvládat vztek či stres. Jak uvolnit své silné vnitřní napětí společensky přijatým způsobem.

Zmiňované emoce byly vyvolány různými nepříznivými situacemi a jinými sociálně patologickými jevy. Proto každou sociální práci v oblasti prevence, zaměřenou na takové sociálně patologické jevy, které mohou v jedinci přemíru negativních emocí vyvolat, lze považovat za prevenci sebepoškozování. V celém kontextu se sebepoškozování nejvíce jeví jako samostatný problém určený k řešení. Data spíše naznačují, že se jedná o výsledek jiných problémů a má posloužit jako jejich jediné možné řešení. Při pomoci těmto osobám je tedy vhodnou cestou odstraňování okolností a příčin vzniku. Protože rozhovory ukázaly, že se respondenti opravdu řežou, jen pokud mají důvod.

## **6.2 Sociální práce s jednotlivcem vs. sociální práce se skupinou**

Na samém začátku výběru metod sociální práce s určitou cílovou skupinou je nasnadě položit si otázku, zda je pro jejich problematiku vhodnější ryze individuální přístup, a tedy práce s jednotlivcem, nebo je naopak prospěšnější využít pro dosažení cíle s klientem sociální práci

se skupinou. Pokud jde o osoby trpící sebepoškočováním, není odpověď jednoznačná a objevuje se možnost správné volby ve formě kombinace obou variant. Respondenti totiž mluvili o tom, že s odborníkem chtějí mít vztah založený na důvěře. Navíc jak se řeklo již mnohokrát, je to opravdu citlivé téma a v neposlední řadě, každá taková osoba je zcela individuálním a originálním příkladem, takže nelze efektivně využít nějakou univerzální léčbu. Na druhou stranu bylo mnohokrát poukázáno na to, že na respondenty má pozitivní vliv styk s podobným typem lidí. Respektive s lidmi, kteří zažívají (zažili) podobné, nebo ještě lépe stejné problémy jako oni sami. Výčet způsobů sociální práce s lidmi, kteří sami sobě ubližují, jež je uveden dále, tedy není omezen striktně na sociální práci s jednotlivcem ani na sociální práci se skupinou.

### **6.3 Sociální práce s rodinou**

U všech respondentů se objevily nefunkční vztahy v rodině, konflikty mezi jejími členy. Ty byly v některých případech označeny nebo pozorovány, jako příčina sebepoškočování. Například příběh respondenta C byl celý založen na problémech s otcem. V rozhovoru s ním se hovořilo o tom, že v jeho problematickém období by mu pomohla otcova změna. Dokonce uvedl, že jakmile odešel z domova a byl od něj oddělen, jeho potřeba si ubližovat zmizela. A právě zde by mohla pomoci sociální práce s rodinou, která by pomohla respondentovi vyřešit jeho konflikt s otcem, případně mu zajistit vhodnější zázemí pro další vývoj.

K takovému účelu může posloužit ku příkladu sanace rodiny. Jejím cílem je podpora fungování rodiny tak, aby zůstala zachována. Prospěšná zde může být i rodinná mediace, která může pomoci vyřešit konflikty mezi jednotlivými členy. Kvalitní mediátor dokáže vést zúčastněné strany k vzájemnému pochopení, odpuštění, a především k nalezení kompromisního řešení jejich konfliktu. Bohužel, ať už je tato metoda sebeefektivnější, o její existenci a funkci není v České republice příliš velké povědomí, proto není dostatečně využívána.

V oblasti nefunkčních vztahů v rodinách respondentů bylo také naráženo na domácí násilí. Vliv sociální práce s oběťmi domácího násilí je zřejmý. Nejde ale pouze o to, pomoci obětem začít nový a lepší život a odtrhnout je od násilníka. Nikde není nabádáno k tomu, aby se dítě odloučilo od otce, není-li to nezbytné pro jeho život. Proto by se mělo dbát i na práci se samotnými násilníky. Je důležité snižovat riziko, že se domácího násilí bude dopouštět opakovaně a zapracovat na tom, aby se v dítěti netransformovaly negativní vztahy k otci tak, že by je časem mohlo ventilovat sebepoškočováním. Pomoc sociální práce s rodinou osobám trpícími sebepoškočováním tkví v zajištění bezpečného a důvěrného rodinného zázemí.

## **6.4 Sociální práce s komunitou**

Většina respondentů popsala závislost na sebepoškození. Pro práci s nimi je na místě to zohlednit a dát jim stejné nebo alespoň podobné možnosti jako osobám závislým na psychoaktivních látkách. Konkrétně například v podobě svépomocných skupin. Tedy dát jim možnost scházet se skupinou lidí se stejnou závislostí, se kterou budou moci pod rouškou anonymity hovořit o tom, jak zdlouvají své obtíže, aniž by si ublížili. Samozřejmě práce s takovou komunitou bude mít značná specifika a bude vyžadovat více druhový personál. Měla by ovšem obrovský přínos pro jejich učení ovládat emoce, využívat legitimní copingové strategie, a především sdílet životní zkušenosti s ostatními. Výhoda anonymní skupiny tkví v tom, že vzájemné sdílení by probíhalo vždy pod dozorem kompetentního odborníka, díky čemuž by se snížilo riziko negativních vlivů (viz smíření u respondenta A).

Záměrem takové anonymní skupiny by nemělo být pouze odstranění závislosti na sebepoškození. Jedním z principů by mělo být i pomoci členům najít jiné, bezpečné a společensky uznávané metody, které mohou lidem pomoci kontrolovat své emoce, ulevit si a zvládat větší psychickou zátěž. Součástí by mělo být i základní sociální poradenství, díky kterému by klienti přišli na to, kde, s kým nebo ještě lépe jak řešit nepříznivé situace, které bývají příčinami sebepoškození. Mohly by jim také dopomoci k tomu, aby byli ochotni přijmout svou zodpovědnost za řešení problému, nečekat zázrak od odborníka a odstranění problému za hodinu, k ochotě pracovat na sobě.

## **6.5 Krizová intervence**

Důležitá role je po průzkumu přisuzovaná krizové intervenci. Jedinci si často ubližují, protože se ocitli v nějaké krizi, s jejímž řešením si nevědí rady. Podléhají emocím, zoufalství a mají pocit, že jejich situace je bezvýchodná. V takové chvíli je na místě poskytnutí krizové intervence. Tu lze pojímat dvojím způsobem:

### **1. Okamžitá pomoc v akutní krizi**

U této podoby můžeme u nositelů předmětného jevu narazit na problém, který se objevoval u respondentů. I když si potřebovali s někým promluvit, i když věděli, že by jim to pomohlo, přesto nebyli ochotni kontaktovat cizí osobu a svěřit se jí. Proto by taková pomoc měla být poskytnuta někým, s kým již osoba nějakou dobu spolupracuje a má s ním vztah založený na důvěře.

## **2. Pomoc v období krize**

Zde hovoříme o krizové intervenci, která je poskytnuta v období krize. Tedy když osoba prožívá těžké, dlouhodobé kritické období. Například zažívá nekončící postrádání zemřelého, byla mu stanovená nepříznivá zdravotní diagnóza nebo je obětí šikany. V takových případech potřebuje mít možnost vyhledat pomoc. Potřebuje odborníka, který mu poskytne krizovou intervenci a pomůže najít řešení.

V tomto kontextu mohou potřebnou pomoc nabídnout krizová centra, v ideálním případě vybavená krizovými lůžky, a to jen ve chvílích, kdy má někdo akutní potřebu si ublížit. Jediná forma krizové intervence, která se ukázala jako nevhodná, je linka důvěry (podrobněji popsáno níže v části věnované nevhodným metodám).

## **7 Zařízení vhodná pro práci se sebepoškozujícími se osobami**

V souvislosti s výčtem metod sociální práce, které mohou dle průzkumu osobám trpícím sebepoškozování pomoci, je na místě stejně jako v teoretické části uvést i některá zařízení, která jim potřebnou pomoc mohou poskytnout.

### **7.1 Nízkoprahová centra**

Po provedeném průzkumu mezi respondenty se ukázal velký přínos nízkoprahových center v této oblasti. Na ty, kteří sami sobě ubližují, má pozitivní vliv, pokud hovoří s někým se stejným nebo obdobným problémem. Zažívají pocit sounáležitosti, porozumění a větší důvěry. Kluby v nízkoprahových centrech, kde mohou děti a mladiství trávit svůj čas a setkávat se svými vrstevníky, zpravidla nenavštěvují šťastní jedinci z perfektního prostředí. Objevují se u nich různé obtíže ať už jejich vinou nebo cizím přičiněním. Bývají to klienti sociálních služeb. Často mívají nemilé zkušenosti. Návštěvníci klubu musí dodržovat nastavená pravidla. Při správném fungování v něm panuje přátelská atmosféra. Nízkoprahový klub vytváří prostředí vhodné pro hledání někoho, s kým může nejen sebepoškozující jedinec navázat přátelský vztah, naplněný důvěrou a vzájemným předáváním zkušeností. Poskytuje prostor pro sdílení osobních příběhů, naplněné potřeby sounáležitosti a získávání nových kontaktů. Výhodou je, že v nízkoprahových zařízeních jsou zaměstnáni sociální pracovníci, kteří s uživateli pracují a mohou mít tak alespoň částečně pod kontrolou jejich vzájemné působení. Také mají možnost s nimi průběžně pracovat, a hlavně hovořit. Ovšem nejen ve chvílích, kdy mají pocit, že se něco děje nebo když uživatel způsobí problém. To se hodně přibližuje návrhu prevence jednoho z respondentů uvedeném výše. Přínos nízkoprahových zařízení není myšlen tak, že pracovníci

klubu budou uměle vytvářet sociální interakce mezi sebepoškozujícími. Jde zde o to, že oni sami mají větší šanci zde navázat kontakt s někým, kdo má podobný, obdobně náročný životní příběh a mohou zde časem získat takového přítele, který jim bude v jejich očích dostatečně rozumět a prožít s ním vytoužený pocit sounáležitosti. Některá nízkoprahová centra byla uvedena v teoretické části, ale v České republice je jich samozřejmě více.

## **7.2 Krizová centra**

Zařízení zaměřená na krizovou pomoc, a tedy poskytující primárně krizovou intervenci by mohla být přínosným nástrojem sociální práce pro osoby trpící sebepoškozováním. Obzvláště ty, jež jsou vybavené krizovými lůžky. Mohou dodat pocit dalšího řešení problému, a tak odbourat pocit bezmoci a bezvýchodnosti situace. Přínosem ovšem mohou být pouze za předpokladu místní a časové dostupnosti a nepochybně i informovanosti veřejnosti.

Mezi další organizace přínosné osobám trpícím sebepoškozováním můžeme zařadit různé poradny, které je mohou nasměrovat na místa vhodná pro řešení jejich problémů, organizace poskytující mediace a další.

## **8 Nevhodná sociální práce**

Během průzkumu se neukázaly jen ty metody sociální práce, které mohou být klientům prospěšné. Byly odkryty i takové, které se dle výpovědí respondentů ukazují jako vyloženě nevhodné.

### **8.1 Telefonická krizová intervence**

Překvapivým zjištěním průzkumu bylo, že nevyhovující sociální službou jsou pro tyto osoby linky důvěry. Respondenti uváděli nepříjemný pocit z telefonování, natož aby volali někomu cizímu a svěřili se mu se svým problémem. Dále jim vadilo, že pracovníka při jejich kontaktu nevidí a nemůžou sledovat jeho reakce, posuzovat co si o nich myslí a poznat člověka, který se jim snaží pomoci. Všichni respondenti uvedli, že ani i kdyby v tu dobu o lince věděli, nebyla by to pro ně adekvátní forma pomoci. Je pravda, že během průzkumu se ukazoval velký důraz na důvěru k osobám, se kterými jedinci své problémy řeší. Z toho nevhodnost této metody může pramenit.

### **8.2 Nedobrovolný klient**

V případě těchto osob platí rčení, že nelze pomoci někomu, kdo pomoc nechce. Těžko bude sociální pracovník pracovat s klientem na odstranění sebepoškozování z jeho života, když to

klient vnímá jako svou přirozenou součást, která mu připadá normální a v pořádku. Výstižně to bylo popsáno respondentem C, který popsal, že své řezné rány schovával pod potítkem, protože nechtěl, aby to někdo odhalil. Důvodem nebyl stud, ale fakt, že si byl vědom toho, že když to někdo odhalí, bude mu chtít bránit v pokračování a on to chtěl provozovat dál. Stejně tak se zde hodí přirovnání, které užívali další respondenti. Přirovnání k návykovým látkám – uživatele psychoaktivních látek lze jen těžko zbavit jeho závislosti, pokud nechce i on sám.

## **9 Efektivita a uplatnění metod sociální práce**

Jak je vidno, metod sociální práce, které mohou různým způsobem osobám trpícím sebepoškozováním pomoci, je přijatelně velký výběr. Dokonce díky svému širokému rozsahu může sociální práce ovlivnit jedince ze všech různých stran, a tak se stává cenným pomocníkem při řešení tohoto problému, a hlavně i pro jeho předcházení. Bohužel během rozhovorů se ukázalo nízké povědomí o možnostech řešení. To naznačuje, že sice sociální práce má metody, kterým může těmto lidem pomoci, ale o ni o tom bohužel dostatečně neví. Tato situace se dá změnit pouze šířením informací o sociální práci. Povědomí je potřeba rozšiřovat obecně o jejím charakteru a principech i o jejích konkrétních metodách, sociálních službách a také dostupných zařízeních. Otázka, jak přesně dosáhnout ideální míry povědomí, by byla tématem na více jak na samostatnou bakalářskou práci.

Zároveň se u respondentů nejednalo pouze o problémy sociálního charakteru, ale velmi často o psychické obtíže. Proto pro zvýšení šance na efektivní práci, tedy dosažení požadovaného výsledku, by sociální pracovník měl při práci s těmito klienty spolupracovat i s dalšími odborníky, zejména z psychologického oboru.

## **10 Závěr**

Teoretická část vymezila sociálně patologický jev sebepoškozování a související pojmy pomocí poznatků z odborné literatury a dostupných informací. Ukazuje, že pojem sebepoškozování není vymezen jedinou správnou definicí, ale že je možné k němu přistupovat z různých stran. Naznačuje i rozličnost těchto přístupů a pojetí, když zmiňuje sebepoškozování jako formu autoagrese a zároveň vnímání sebepoškozování jako typ copingové strategie. V rámci rizikových faktorů se dotkla aktuální epidemiologické situace v České republice. Protože je vliv současné korona krize samostatným tématem, bylo by pošetilé se domnívat, že osoby, které samy sobě ubližují, nijak neovlivňuje. Dosazuje k němu i doprovodné negativní jevy, čímž ukazuje, že sebepoškozování se neobjevuje jako holý, samostatný jev, ale spíše jako „magnet“,

kteřý k sobě může přitahovat množství dalších negativních jevů. Uvedla konkrétní případy organizací, které se předmětnou problematikou zabývají. Dále teoretická část charakterizovala metody sociální práce a popsala některé vybrané, které mají zjevnou spojitost s tématem.

Druhá teoretická část obsahuje kvalitativní průzkum potřeb osob, které samy sobě ubližují. Byly provedeny polostrukturované rozhovory s pěti respondenty. Ti nejprve vyprávěli svůj příběh od bodu, který považují jako začátek až do případného konce nebo do současnosti. Dále jim byly pokládány doplňující otázky za účelem získání všech potřebných informací. Data získaná z rozhovorů byla analyzovaná s pomocí metody otevřeného kódování, které umožnilo detailní porovnání problematiky u jednotlivých respondentů. Průzkum s cílem zjistit potřeby sebepoškozujících se osob měl stanoven dvě průzkumné otázky:

1. Jakou pomoc potřebují osoby trpící sebepoškozováním?
2. Jak může současná sociální práce v České republice pomoci osobám, které záměrně samy sobě ubližují?

Odpovědi na obě otázky byly nalezeny. Dle výsledků osoby trpící sebepoškozováním trpěly nízkým sebevědomím, sebenenávistí, podléhaly emocím, nevyrovnaly se s minulostí a prožitými traumaty, byly oběťmi trestných činů a šikanovány. Přepadaly je negativní myšlenky činy druhých, vyčítaly samy sobě. Kromě jednoho z respondentů všichni pociťovali závislost na sebepoškozování. Potřebují pomoci s učením zvládnutí negativních emocí, odbourat sebenenávist, vyrovnat se s prožitými zkušenostmi a zbavit se závislosti. Primárně ale potřebují vyřešit příčiny svého sebepoškozování. Tedy vyřešit problémy, které jim dávají důvod si ubližovat.

Současná sociální práce nabízí přijatelně velký výběr metod, které mohou sebepoškozujícím osobám pomoci s jejich obtížemi, a to jak práce s jednotlivcem, tak i se skupinou. Patří mezi ně například krizová intervence a sociální práce s rodinou. Pro větší detailnost uvádí stejně jako teoretická část příklady organizací, které mohou být nápomocné. Umožňuje tak pomoci porovnat poznatky získané z odborných zdrojů a získané provedeným průzkumem. Odhaluje tak nevhodnost linek důvěry pro tyto osoby, ačkoliv se očekával jejich velký přínos. Pozitivní efekt na problematiku sebepoškozování je shledán také v oblasti prevence. Začátky příběhů respondentů byly zpravidla daleko před samotným prvním incidentem, což napovídalo možnosti jeho vyhnutí. Zjištění, že sociální práce má dostupné možnosti, jak osobám, které samy sobě ubližují, může pomoci, je dobrou zprávou. Bohužel byla zároveň odkryta skutečnost,

že sebepoškozující osoby o nich nevědí, nebo o nich nevěděli v okamžicích, kdy pomoc akutně potřebovali.

Z toho plyne úplný závěr této práce: osoby trpící sebepoškozováním potřebují pomoci primárně s problémy, které jejich sebepoškozování zapříčiňují. Současná sociální práce má dostatek možností, jejichž prostřednictvím jim potřebnou pomoc může poskytnout. Mezi těmito osobami o nich ovšem panuje příliš nízké povědomí, a tak sociální práce momentálně nedokáže v této oblasti své kompetence plně využít.



## Seznam použitých zdrojů

BEDNÁŘOVÁ, B., aj., 2010. Sebeпоškození u poruch příjmu potravy. *Česká a slovenský psychiatrie*. [online]. roč. 106, č. 3, s. 173-178. [vid. 8. 4. 2021]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=67>

*Česká asociace pracovníků linek důvěry* [online]. [vid. 8. 4. 2021]. Dostupné z: <https://www.apld.cz/linky-duvery-cr/>

FISCHER, S., 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2781-3.

KOCOURKOVÁ, J., 2003. Sebeпоškození v adolescenci. In: KOUTEK, J., aj. *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 73-79. ISBN 80-7178-732-9.

KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J., 2014. Suicidální chování a sebeпоškození u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. roč. 15, č. 2, s. 55-57 [vid. 8. 4. 2021]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/02/02.pdf>

KOUTEK, J., aj., 2007. *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-349-9.

KRIEGLOVÁ, M., 2008. *Záměrné sebeпоškození v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN: ISBN 978-80-247-2333-4.

*Linka bezpečí*. [online]. [vid. 8. 4. 2021]. Dostupné z: <https://www.linkabezpeci.cz/poradna/smutek,-depka,-vztek,-strach,-nejistota/ublizuji-si/>

MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. 2. přepr. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, O., aj., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3. akt. a dopl. vyd. Praha: Portál. 978-80-262-0213-4.

MÜLPACHR, P., 2004. *Sociální práce*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3323-1.

*Národní zdravotnický informační portál* [online]. [vid. 8. 4. 2021]. ISSN: 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/501>

NOCK, M. PRINSTEIN, J., 2004. Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *Jurnal of abnormal psychology* [online]. vol. 114, no. 1,

s. 140-146 [vid. 9. 4. 2021] Dostupné z:

[https://www.researchgate.net/publication/8022967\\_Contextual\\_Features\\_and\\_Behavioral\\_Functions\\_of\\_SelfMutilation\\_Among\\_Adolescents/link/09e41505b556e60708000000/download](https://www.researchgate.net/publication/8022967_Contextual_Features_and_Behavioral_Functions_of_SelfMutilation_Among_Adolescents/link/09e41505b556e60708000000/download)

PLATZNEROVÁ, A., 2009. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-606-9.

RAMEŠOVÁ, M., 2006. Krizová intervence u dětí a Krizové centrum. *Psychiatria* [online]. roč. 13, č.1-2, s. 42-46 [vid. 8. 4. 2021]. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2-2006/PSY12-2006-cla9.pdf>

*Střední zdravotnická škola Pardubice* [online]. [vid. 8. 4. 2021]. Dostupné z: <https://www.szs-pardubice.cz/sebeposkozovani-150/>

ŠPATENKOVÁ, N., 2001. *Krizová intervence pro praxi*. 2. akt. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., aj., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

ÚZIS, 2017. *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. [online]. 10. aktual. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [vid. 8. 4. 2021]. ISBN 978-80-7472-168-7. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246208/9788074721687-V1-cze.pdf?sequence=20&isAllowed=y>

VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÍTKOVÁ, M., 2004. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. rozš. a přepr. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.

WHO, 2021. What is Self-Harm? In: *National Suicide Research Foundation*. [online]. [vid. 8. 4. 2021]. Dostupné z: <https://www.nsrp.ie/our-research/what-is-self-harm/>

Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2021, částka 61, s. 2902–2916 [vid. 8. 4. 2021]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Zakon\\_o\\_socialnich\\_sluzbach-stav\\_k\\_1.\\_10.\\_2017.pdf/a538a1ee-153e-a989-b2b5-c62ae97d5262](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf/a538a1ee-153e-a989-b2b5-c62ae97d5262)

ZAKOUŘILOVÁ, E. 2013. Sociální terapie. In: MATOUŠEK, O., *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 264-265. ISBN 978-80-262-0366-7

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Tabulka č. 5: Důvody sebepoškozování

Příloha č. 2: Tabulka č. 6: První incident

Příloha č. 3: Tabulka č. 7: Formy sebepoškozování

Příloha č. 4: Tabulka č. 8: Sebevraždy

Příloha č. 5: Tabulka č. 9: Zkušenosti s odborníky

Příloha č. 6: Tabulka č. 10: Vztahy v rodině

Příloha č. 7: Tabulka č. 11: Potřeby

Příloha č. 8: Tabulka č. 12: Typická událost

## Příloha č. 1

Tabulka č. 5: Důvody sebepoškození

A	B	C	D	E
získání pozornosti, potrestání se, úleva od bolesti, přebytí psychické bolesti fyzickou, náhrada za sebevraždu, závislost, následek psychické poruchy, důkaz žití	důkaz žití, zvyk, něco cítit, úleva, přesvědčení se, že život má cenu, přebytí psychické bolesti fyzickou, závislost	úleva, ukázat že je „frajera“, tišší než rána do zdi, vypnutí, závislost	způsob úniku, závislost, získání pozornosti, potrestání se, uvolnění	potrestání se, úleva, prevence sebevraždy

## Příloha č. 2

Tabulka č. 6: První incident

A	B	C	D	E
touha po pozornosti, moc si nevzpomíná, sebenenávist	pocit prázdnoty, zoufalost, impulzivní jednání, strategická volba místa, uklidnění, pozitivní zkušenost, traumatický zážitek	impulzivní jednání, úleva, ohromení, pozitivní zkušenost, konflikt s otcem	ztráta paměti, souvislost s pokračováním, ulehčení	rozchod s partnerem, deprese, propadnutí emocím, smutek, strach se svěřit

## Příloha č. 3

Tabulka č. 7: Formy sebepoškození

A	B	C	D	E
řezání, pálení se, gradace, škrábání, trhání vlasů	řezání, gradace	řezání, zhašování cigaret o tělo, bouchání do zdi	řezání, gradace, požívání léků	řezání, vyřezávání hanlivých označení, zhašování cigaret o tělo, gradace

## Příloha č. 4

Tabulka č. 8: Sebevraždy

A	B	C	D	E
myšlenky na sebevraždu, vykonaný pokus o sebevraždu, fyzická bolest nepomáhá, už to nemá cenu, následek psychické poruchy, přehodnocení v průběhu pokusu	myšlenky na sebevraždu, sebepoškozování jako prevence sebevraždy, absence odvahy	pokus o sebevraždu, neunesla pocit viny, dopis na rozloučenou, loučení se členem rodiny, odlišný problém	myšlenky na sebevraždu, opakovaný pokus o sebevraždu, loučení se členem rodiny, odlišný problém	myšlenky na sebevraždu, nevykonaný pokus o sebevraždu, prevence sebevraždy, odlišný problém

## Příloha č. 5

Tabulka č. 9: Zkušenosti s odborníky

A	B	C	D	E
špatná zkušenost s psychologem a psychiatrem, dobrá zkušenost s rodinnými konstelacemi, vysoké nároky na odborníky, nepochopení ze strany psychologa, psycholog má řešit můj problém, léky pomáhají ale nejsou řešení, stanovení diagnózy, neproběhla ústavní léčba	špatná zkušenost s psychologem, omezení tabulkami, nedůvěra v dobré úmysly psychologů, nepochopení ze strany psychologa, psycholog má jeho problém řešit	špatná zkušenost s odborníky, diagnostický ústav, nevyslyšení ze strany odborníků, neempatické reakce zdravotního personálu	ústavní léčba, antidepresiva nevyhovovaly, samostatná úprava dávkování antidepresiv, ústav přínos díky pacientům nikoliv pracovníkům, nepřínosná psychoterapie, zájem o spiritualismus a specifická víra, neochota svěřit se cizímu (do telefonu)	špatná zkušenost s psychologem, nedůvěra odborníkům, neochota svěřit se cizímu (po telefonu)

## Příloha č. 6

Tabulka č. 10: Vztahy v rodině

A	B	C	D	E
blízký vztah se sestrou, šikana ze strany bratra	přehnaná autorita babičky, závist vůči sestře, nedostatek pozornosti od matky, otec odešel od rodiny	špatné rodinné zázemí, velké neshody s otcem, psychické týrání otcem, fyzické násilí otce vůči matce, nepochopení rodiči	matka nevycházela se sestrou, opuštění otcem, dobrý vztah s macechou, alkoholismus u matky i otčíma	otec bil matku, nepochopení matkou

## Příloha č. 7

Tabulka č. 11: Potřeby

A	B	C	D	E
potřeba ublížit si, potřeba něco cítit, potřeba do sebe říznout, vyrovnat se s minulostí, cítit úlevu, pozornost, sdružovat se s ostatními sebepoškozujícími se lidmi, více pozornosti, odvést pozornost, mít někoho, komu může věřit, vědět možnosti řešení, výchovný poradce	potřeba vidět krev, potřeba něco cítit, kompetentního psychologa, dokázat odpustit rodině, víc pozornosti, mít někoho, kdo pomůže vše odhalit a pomůže pracovat s bolestí, potřeba být korigován	větší spolupráce se zaměstnanci školy (mít s kým pravidelně mluvit i když se nic neděje), potřeba ulevit si, vyřešit rodinnou situaci	potřeba hovořit o problému a pomoc s ním, potřeba ublížit si, větší pozornost ze strany otce, babička nezemřela, aby někdo sám přišel řešit můj problém, cítit úlevu, odvést pozornost	něčí přítomnost, odvést pozornost, potřeba potrestat se, kamarády vrstevníky v blízkém okolí domova, nějakým způsobem si ublížit, řešit své aktuální problémy, mluvit o tom co mě trápí, ulevit

## Příloha č. 8

Tabulka č. 12: Typická událost

Respondent	Před	První myšlenka	Mezidobí	Sebepoškozování	Trvání zranění	Poté
A	deprese, negativní emoce	cítí potřebu si ublížit	rozmýšlení, zda to chce	pocit, že si to zaslouží, čekání na uvolnění	priorita krvácení	
B – tak to měla dříve		impulzivně šahal po žiletce		úleva		
B – jak to měl naposledy	nectil se dobře	psychické zhroucení	pláš, vztek na rodinu, automaticky šel pro žiletku (vědomí)	bez úlevy		
C	vztek, velká frustrace	myšlenka že přeci ví, jak to bude na chvíli dobrý, „vždycky to dělám, udělám to i teď“	hledání nástroje	příjemný pocit	úleva	výčitky
D – tak to měla dříve	pocit nepochopení			dobry pocit	úleva z bolesti	dobry pocit
D – jak to měl naposledy	neví proč to udělal			pocit jako by to nebyl on, nic nepřináší	bolest bez úlevy	strašný pocit
E	Nepopsal jednotlivé části, ale jen typické emoce: sebenenávist, vztek, myšleny: „nikdo mě nemá rád, kdybych umřela, nikdo si toho nevšimne“ apod.					