

UNIVERZITA PARDUBICE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra věd o výchově

Sebepoškozování u nezletilých

(Bakalářská práce – obor Humanitní studia)

Vypracoval: **Tomáš Lukes**

Vedoucí práce: **PhDr. Mgr. Ilona Moravcová, Ph.D.**

Pardubice 2010

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tomáš LUKES**
Studijní program: **B6107 Humanitní studia**
Studijní obor: **Humanitní studia**
Název tématu: **Sebepoškozování u nezletilých**
Zadávající katedra: **Katedra věd o výchově**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Teoretická část - Co to je sebepoškozování, jak vzniká a jeho důvody - Druhy sebepoškozování - Rizikové skupiny a počet lidí trpících onemocněním
2. Praktická část Kvalitativní výzkum se 4 respondenty (nezletilými) s cílem odhalit příčinu sebepoškozování, průběh, léčbu a současný stav (prognóza)

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KRIEGLOVÁ, Marie: Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada 2008. ISBN 978-80-247-2333-4. PLATZNEROVÁ, Andrea: Sebeпоškození: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén 2009. ISBN 978-80-7262-606-9. KOCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK, Jiří; Sebevražedné chování; Portál, 2007 BABÁKOVÁ, L.: Sebeпоškození v dětství a adolescenci. Psychiatrie pro praxi. 2003; 4: 169 ČADILOVÁ, Věra, HYNEK, Jůn, THOROVÁ, Kateřina a kolektiv: Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-319-2. LANGER, Stanislav: Mentální retardace. Hradec Králové: Kotva 1996. ISBN 80-900254-8-X. SMITH, Carolyn; Cutting it Out: a journey through psychotherapy and self-harm; Jessica Kingsley Publisher; 2006 FARBER, S.; When the Body Is the Target: Self-Harm, Pain, and Traumatic Attachments; Northvale, 2000 WHITTENHALL, Elaina; Cutting: Self-Injury and Emotional Pain; InterVarsity Press, 2006 KAPUR, N.: Management of self-harm in adults: which way no? Br J Psychiat 2005; 187: 497-499.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Mgr. Ilona Moravcová, Ph.D.
Katedra věd o výchově

Datum zadání bakalářské práce:

30. dubna 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

31. března 2010



prof. PhDr. Petr Vorel, CSc.
děkan

L.S.



PhDr. Mgr. Ilona Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích, květen 2010

.....
Tomáš Lukes

Poděkování

Rád bych poděkoval PhDr. Mgr. Iloně Moravcové, Ph.D. za vedení mé práce a za velmi cenné rady a připomínky, které mi pomohly napsat mou bakalářskou práci.

Dále bych rád poděkoval zařízení rezidentní péče pro mentálně postižené, kde mi umožnili nahlédnout do soukromí uživatelů a podělit se tak o cenné informace použité v praktické části mojí práce.

Závěrem děkuji své rodině a nejbližším za psychickou podporu, pochopení a obrovskou trpělivost.

SOUHRN

Práce se zabývá tématem sebepoškozování, které nejčastěji pozorujeme u nezletilých osob. Komplexně se zaměřuje na popis, výskyt, diagnózu a léčbu sebepoškozování, a to jak u osob intaktních, tak i u osob s mentální retardací. Praktická část práce je výsledkem pozorování a rozhovorů s osobami s mentální retardací, u kterých bylo zjištěno sebepoškozující chování.

KLÍČOVÁ SLOVA

sebepoškozování; suicidium; gender; mentální retardace; psychické poruchy; terapie

TITLE

Self-harm in adolescents

ABSTRACT

The thesis deals with the topic of self-inflicted injuries, most commonly seen in the underage. It comprehensively addresses the description, occurrence, diagnosis and treatment of self-inflicted injuries, both at intact persons and at the persons with mental retardation. The practical part is the result of observation and interviews with the persons with mental retardation at whom the self-harming behaviour has been found out..

KEYWORDS

self-harm; suicidium; gender; mental retardation; mental disorders; therapy

Obsah

I.	ÚVOD	8
II.	TEORETICKÁ ČÁST	9
1	Definice a vymezení pojmů sebepoškození	9
1.1	Definice sebepoškození	9
1.2	Vymezení pojmů záměrného sebepoškození	10
2	Výskyt sebepoškození	12
2.1	Prevalence sebepoškození – gender, věk	12
2.2	Závažnost a význam sebepoškození - genderové rozdíly	12
2.3	Výskyt sebepoškození u osob s mentální retardací	13
3	Diagnostika sebepoškození a psychické poruchy	14
3.1	Diagnostické nástroje	14
3.2	Psychické poruchy	16
3.2.1	<i>Hraniční porucha osobnosti</i>	16
3.2.2	<i>Posstraumatická stresová porucha</i>	17
3.2.3	<i>Obsedantně-kompulzivní porucha</i>	17
3.2.4	<i>Poruchy příjmu potravy</i>	18
4	Obecné charakteristiky sebepoškození	19
4.1	Nejčastěji využívané nástroje a substance	19
4.2	Nejvíce postižené tělesné partie a důvody jejich výběru	20
5	Příčiny a průběh sebepoškozujícího chování	21
5.1	Motivace a důvody sebepoškození	21
5.2	Funkce sebepoškození	23
5.3	Průběh aktu sebepoškození	24
6	Léčba a terapie sebepoškození	25
6.1	Terapie a druhy terapií	26
6.2	Farmakoterapie	27
III.	PRAKTICKÁ ČÁST	28
7	Výzkum sebepoškozujících se jedinců	28
7.1	Metodologie výzkumu	28
7.2	Výsledky pozorování a rozhovorů	29
7.2.1	<i>Petra, 33 let</i>	29
7.2.2	<i>Standa, 35 let</i>	30
7.2.3	<i>Petr, 32 let</i>	31
7.2.4	<i>Jiří, 32 let</i>	32
7.3	Souhrn pozorování	34
IV.	ZÁVĚR	35
V.	POUŽITÁ LITERATURA	37
VI.	PŘÍLOHY	41

I. ÚVOD

Za téma své bakalářské práce jsem si vybral v současnosti ožehavé a stále častěji diskutované téma sebepoškození. Název práce vychází z předpokladu, že nejčastěji se s tímto chováním setkáváme u nezletilých osob. Sebepoškození je u této skupiny do jisté míry spojeno s obdobím dospívání, které provází řada fyzických a psychických změn. Ovšem práce se nezaměřuje pouze na období adolescence, ale snaží se komplexně nahlédnout na problematiku sebepoškození.

Podstatou práce je popsat sebepoškozující chování u osob relativně zdravých a osob s psychiatrickou prevalencí či osob diagnostikovaných jako osoby s postižením. V našem případě především s postižením mentálním, kam spadají osoby s mentální retardací, pervazivními vývojovými poruchami¹, deteriorací² či demencí.

Bakalářská práce je členěna na dvě části – teoretickou a praktickou. Hlavním cílem teoretické části je seznámit a shrnout dostupné informace o sebepoškození a vymezit některé rozdíly v průběhu sebepoškozujícího chování u osob intaktních³ v porovnání s osobami postiženými. Jednotlivé kapitoly a podkapitoly jsou věnovány definici a charakteristice sebepoškození, jejímu výskytu a příčinám a v neposlední řadě je popsána diagnostika a léčba tohoto maladaptivního⁴ chování.

Praktická část je zpracovaná kvalitativním výzkumem. Metodou výzkumu byl řízený rozhovor, pozorování a seznámení se s kazuistikami čtyř respondentů s mentálním postižením, u kterých bylo zjištěno sebepoškození v nezletilosti. Cílem šetření bylo objasnit motivy sebepoškození a zjistit z jakého prostředí sebepoškozující se člověk pochází a popsat jak často a jakým způsobem se sebepoškozuje či jaká negativa mu sebepoškození přináší. Výsledky výzkumu vypovídají o sebepoškození jako problému, který postihuje nejen intaktní osoby, ale také osoby s mentálním postižením.

¹ Poruchy záporně měnící celou osobnostní a psychosociální úroveň dítěte (vliv na motorickou, emoční, volní, kognitivní a řečovou složku), patří sem například: dětský autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom a jiné.

² Dočasné, krátkodobé snížení rozumových schopností.

³ Zdravotně, sociálně nebo jinak nepostižený člověk.

⁴ Nepřízpůsobivé, sociálně nežádoucí chování.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Definice a vymezení pojmů sebepoškozování

1.1 Definice sebepoškozování

Sebepoškozování je komplexní autoagresivní chování bez vědomého a cíleného záměru spáchání sebevraždy (suicidia) s následkem poškození vlastní tělesné integrity. Smrt tedy většinou není cílem sebepoškozování, jde spíše o jakousi maladaptivní odpověď na stresovou zátěž jedince bez fatálních následků. Vymezení termínu sebepoškozování není však příliš snadné. Definic je velmi mnoho. Užší definici uvádí WHO, která SP definuje jako: „akt bez fatálních následků, při němž osoba vyvíjí dobrovolně nehabituální činnost, bez zásahu jiných způsobí poranění sama sobě nebo dobrovolně požije látku v dávce vyšší, než je dávka předepsaná nebo obecně považovaná za terapeuticky účinnou, a jehož cílem je dosáhnout pro subjekt žádoucích změn cestou okamžitých nebo předpokládaných tělesných následků.“⁵

Nejednotu a složitost vymezení pojmu sebepoškozování potvrzuje následující tabulka, která je zároveň stručným přehledem definic sebepoškozování.

Tab. 1.1. Přehled definic záměrného sebepoškozování (Kriegelová 2008)

Přehled definic záměrného sebepoškozování		
Autor	Použitý termín	Definice
Kreitman, 1977	Parasuicide	Non-fatální akt, ve kterém jedinec záměrně zapříčiní sebezranění nebo nadužití substance.
Walsh, Rosen, 1988	Self-mutilation	Takové chování jedince, kdy si dobrovolně a úmyslně poškodí vlastní tělesné tkáně nebo tělesnou integritu bez ohledu na zdravotní riziko nebo nebezpečí a bez záměru zemřít.
Winchel, Stanley, 1991	Self-injurious behaviour	Akt úmyslného poškození vlastního těla, které zapříčiní narušení tělesných tkání, bez suicidálního záměru.
Plat tet al., 1992	Self-mutilation	Akt s non-fatálním výstupem, ve kterém jedinec záměrně iniciuje chování, které bez intervence další osoby vede k sebepoškození, nebo zneužije větší množství určité substance s cílem změnit svůj fyzický stav vytouženým způsobem.
Herpetz, 1995	Self-mutilation	Opakující se, záměrné a přímé fyzické sebepoškození bez vědomého suicidálního záměru, které ani nevede k evidentnímu ohrožení života.
Suyemoto, 1998	Self-mutilation	Přímé, sociálně neakceptované, repetitivní chování bez suicidálního záměru, které zapříčiňuje mírně až středně těžké fyzické poranění.
Favazza, 1999	Self-mutilation	Přímá a úmyslná destrukce nebo poškození vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního záměru.
Sutton, 2005	Deliberate self-harm	Záměrné poškození vlastních tělesných tkání bez zjevného záměru ukončit život a bez záměru sexuálního nebo dekorativního.

⁵ PLATZNEROVÁ, Andrea: *Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. s.11

1.2 Vymezení pojmů záměrného sebepoškození

Samotné nahlížení na problematiku sebepoškození je ovlivňováno kulturními a sociálními faktory dané společností. Především je posuzováno jaké zásahy do lidského těla jsou ještě konvenční normou (např. piercing, tetování,...), a které již přesahují tolerovanou hranici a hovoříme o sebepoškození v patologickém slova smyslu. Sebeškození je různorodou skupinou, v které míra sebeškození vlastního těla hraje svou roli. Spektrum technik poškození může začínat u kouření, užívání drog, piercing a končit může u sebevraždy (suicidia). Nemusí se však nutně jednat o záměrný akt narušení vlastního těla, ale můžeme hovořit o závažném fyziopatologickém nebo psychopatologickém symptomu automutilace⁶ [např. Kriegelová 2008, Platznerová 2009].

Odlišit sebeškození a suicidiální chování je nelehký úkol i v klinické praxi. Proto je důležité vymežit a charakterizovat jednotlivé termíny popisující patologické sebeškození. Jediný problém představuje nejednotnost vymezených termínů sebeškození, a to především v zahraniční anglicky psané literatuře. Tato nejednota může působit díky médiím i na širokou veřejnost. „Pro ni to znamená zmatenost a nejasnost v problematice sebeškození, což může vést k prohloubení nechápavého a už tak odmítavého přístupu k jedincům, kteří se poškozují.“⁷ Tuto nejednotu se čeští autoři snaží odstranit a kromě klasifikace a hodnocení sebeškození specifikují jednotlivé termíny z anglické literatury.

„Záměrné sebeškození („Deliberate Self-Harm“) je specifickým typ sebeškození, které musíme odlišit od rizikového chování („Self Destructive Behaviour“), suicidiálního jednání (Suicidal Behaviour“) a automutilace („Automutilation“). Metody sebeškození se dělí do dvou hlavních skupin: „sebetrávení“/„předávkování“ a „sebezraňování“.“⁸

Přehledně problematiku sebeškození popisuje Kocourková (2003), která toto chování rozděluje na pět základních termínů. Specifikaci jednotlivých termínů uvádí tabulka na následující straně.

⁶ Sebebráčení či sebeškození

⁷ KRIEGELOVÁ, Marie: *Záměrné sebeškození v dětství a adolescenci*. s.19

⁸ KRIEGELOVÁ, Marie: *Záměrné sebeškození v dětství a adolescenci*. s.17

Tab. 1.2. Způsoby sebepoškozování⁹

Způsoby sebepoškozování podle Kocourkové (2003)		
Způsoby sebepoškozování	Termíny (in orig.)	Popis sebepoškozujícího chování
Automutilace	„self-mutilation“	Jedná se o sebepoškození vycházející nejčastěji z psychotické poruchy. Může mít symbolický význam. Vyskytuje se u pacientů se schizofrenním typem poruchy, u sexuálních sadomasochistických praktik, u osob s poruchou osobnosti.
Sebepoškozování	„self-harm“ „self-injury“ „self-wounding“	Jedná se o vědomé, záměrné, často se opakující sebepoškození bez vědomé suicidiální motivace a bez vážného letálního dosahu. Vyskytuje se u narušení osobnosti, nejčastěji hraničního charakteru.
Syndrom záměrného sebepoškozování	„deliberate self-harm“	Představuje širší pojetí sebepoškozujícího chování, vyčleněného z kategorie suicidiálních pokusů. Vyskytuje se u poruch osobnosti, u poruch příjmu potravy a u závislosti na návykových látkách.
Syndrom pořezaného zápěstí	„wrist-cutting“ „slashing“	Dominuje zde pořezávání, hlavně zápěstí a předloktí. Nejde o vědomý suicidiální projev.
Předávkování léky	„self-poisoning“ „overdosing“	Neindikované, nadměrné užití dávky léků, bez zřejmého suicidiálního úmyslu. Často jde o opakované chování.

⁹ KRIEGELOVÁ, Marie: *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci.* s.28

2 Výskyt sebepoškozování

2.1 Prevalence sebepoškozování – gender, věk

V rámci sebepoškozování se prevalence¹⁰ zaměřuje na aktuální epizody sebepoškození a/nebo na minulou zkušenost jedince [Kriegelová 2008].

Obecně je přijímán předpoklad, že riziko sebepoškození je mnohem vyšší u žen než u mužů. Prostudovaná literatura předpoklad potvrzuje, avšak můžeme nalézt i výsledky nových studií, které uvádějí poškozování mužů ve stejné četnosti jako u žen [např. Kriegelová 2008, Platznerová 2009]. Výsledky těchto studií jsou ovlivněny faktem, kdy četnost ošetřených jedinců po sebepoškození, nemusí odpovídat skutečnému počtu sebepoškozujících se. Jak uvádí Kriegelová (2008), ženy spíše vyhledají lékařskou pomoc než muži a z toho vyplývá jejich vyšší četnost sebepoškozování.

Z prostudované literatury vyplývá, že nejvyšší procento sebepoškozujících tvoří adolescenti a mladí dospělí [např. Kriegelová 2008, Platznerová 2009]. Dle Platznerové (2009) se adolescentní ženy poškozují častěji než muži, ovšem jiná studie použitá stejnou autorkou uvádí tendenci zvýšeného nárůstu výskytu sebepoškozování u mladých mužů.¹¹ Můžeme se proto domnívat, že v dnešní moderní a postmoderní době se genderové rozdíly, mezi muži a ženami, stírají i v rámci sebepoškozování.

2.2 Závažnost a význam sebepoškozování - genderové rozdíly

Sebepoškozující jednání je rozdílné u mužů a žen, a má i jiný význam. Jak vyplývá ze studií pospaných v literatuře, ženy více řeší emocionální stavy, osobní život, kdežto muži řeší seberealizaci, ztrátu zaměstnání nebo změnu společenského postavení [např. Fisher 2009]. Lze předpokládat, že chování ženy je ovlivněno jak biologicky, tak přijatou sociální rolí. Žena je totiž zodpovědná nejen za sebe a vztah s mužem, ale velmi rychle i za dítě, které do vztahu přichází. Chování muže je naopak závislé na jeho materiálním a hmotném úspěchu. Z těchto předpokladů může vyplývat fakt, že žena často obrací agresi vůči sobě, naopak muž agresi obrací spíše navenek [Platznerová 2009].

Ženy se dle výzkumů sice poškozují častěji, ale méně závažně [např. Kriegelová 2008, Platznerová 2009]. Jedná se především o poškozování řeznými nebo bodnými ranami na

¹⁰ Prevalencí se myslí podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci. Je vztažena k určitému časovému okamžiku (momentu) a obvykle se vyjadřuje v procentech.

¹¹ PLATZNEROVÁ, Andrea: *Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. s.26

místech snadno zakrytelných oděvem, jakými jsou předloktí, holeně nebo lýtka [Platznerová 2009].

Dle výzkumů volí muži častěji fatálnější způsoby sebepoškození, vyžadující zásah lékaře [Kriegelová 2008]¹². Muž si způsobuje spíše viditelná zranění a jizvy na pažích, nohou a hrudníku, které by zviditelňovaly jeho mužnost [Platznerová 2009].

2.3 Výskyt sebepoškození u osob s mentální retardací

Sebepoškození u osob s mentální retardací je poměrně častým jevem, především u hlubších forem postižení. Důvodem je oploštělá nebo chybějící volní složka, nutkavé a stereotypní chování, případně nedostatek podnětů během aktivního dne, které osoba s mentální retardací nahrazuje sebepoškozovacími aktivitami [Čadilová 2007]. Může se také jednat o únikové chování, chování v krizi, kdy osoba s mentální retardací není schopna vyhodnotit situaci a reagovat adekvátním způsobem. Čadilová (2007) neopomíná ani problematiku, kterou představuje vysoký počet klientů v zařízeních, malý počet personálu, snížená možnost proškolení personálu v moderních technikách preventivních a restriktivních opatření, změna myšlení personálu, malé soukromí klientů.¹³

Jak vyplývá z literatury, jistou komplikací se stává kombinace mentálního postižení s psychiatrickou diagnózou. Mentální retardace může být kombinována s pervazivními poruchami a poruchami autistického spektra, s Aspergerovým syndromem, Downovým syndromem, Rettovým syndromem, Angelmanovým syndromem, Prader-Williho syndromem, Lesch-Nyhanovým syndromem, De Lange syndromem, monozomií 5p, syndromem Smith-Magenisovým, a také s epilepsií [o těchto syndromech více např. Čadilová 2007, Kriegelová 2008 a další]. Velmi často je však mentální retardace v kombinaci s psychickou poruchou, např. depresivní poruchou, mánií, bipolární afektivní poruchou, schizofrenií, neurotickými a stresovými poruchami, poruchami vyvolanými závislostí na psychotropních látkách a alkoholu a poruchami osobnosti [např. Čadilová 2007 a jiní].

Významný je způsob práce s těmito klienty, individuální přístup, eliminace krizových situací a evidence spouštěcích mechanismů problematického chování.

¹² KRIEGELOVÁ, Marie: *Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci*. s.48

¹³ ČADILOVÁ, Věra, JŮN, Hynek, THOROVÁ, Kateřina a kolektiv: *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. s.9

3 Diagnostika sebepoškozování a psychické poruchy

Sebepoškozování není samostatně diagnostikovanou duševní poruchou. Většinou se toto chování objevuje jako příznak nebo diagnostické kritérium v klasifikacích poruch DSM-IV a MKN-10 [více o těchto poruchách např. Čadilová, Jůn, Thorová 2007]. Platznerová (2009)¹⁴ ve své publikaci uvádí tyto tři klasifikace:

- Hraniční porucha osobnosti
- Porucha se stereotypními pohyby, asociovaná s autismem a mentální retardací
- Předstírané poruchy s přítomností snahy simulovat tělesnou nemoc

U sebepoškozujících se jedinců se v anamnéze často setkáváme také například s diagnózou deprese, bipolární poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, poruchy příjmu potravy, schizofrenie, posttraumatické stresové poruchy a jiné. Tyto psychické poruchy se mohou vyskytovat u lidí s mentální retardací stejně jako u lidí bez mentální retardace.

3.1 Diagnostické nástroje

Neexistuje prozatím žádný oficiální nástroj pro diagnostiku sebepoškozujícího chování. Je to způsobeno tím, že samo sebepoškozování je nespecifikovaným syndromem a většinou se stává přidruženým symptomem jiné diagnostikovatelné poruchy. Většinou tedy při diagnóze nehodnotíme pouze sebepoškozování, ale i suicidiální chování a například poruchy příjmu potravy. Pro detekci v klinické praxi či výzkumu se nejčastěji využívají sebesuzovací dotazníky a škály – plní funkci anonymního prostředníka, jelikož verbální výpověď při klinickém vyšetření nemusí být pro sebepoškozujícího příjemná. Zároveň však sebou tyto nástroje přinášejí řadu limitující faktorů, které ovlivňují jejich reliabilitu¹⁵. „Výpovědi jsou závislé na motivaci jedince, upřímnosti, momentálním psychickém i fyzickém stavu, míře otevřenosti a schopnosti odpovědět na otázku.“¹⁶ Platznerová (2009) na základě zkušeností s chybovostí odpovědí získaných od pacientů/klientů bez asistence pacienta, se přiklání k aplikaci dotazníku formou diagnostického manuálu v rámci klinického pohovoru. Touto kombinovanou metodou, dotazník – pohovor, se snaží vyřešit reliabilitu a přínosnost dotazníků při diagnostice sebepoškozování [Platznerová 2009].

¹⁴ PLATZNEROVÁ, Andrea: *Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. s.53

¹⁵ Přesnost a spolehlivost.

¹⁶ KRIEGELOVÁ, Marie: *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. s.41-42

Následující tabulka uvádí několik nástrojů používaných při detekci sebepoškozujícího chování podle Platznerové (2009). Více nástrojů popisuje Kriegelová (2008), která rozebírá jednotlivé nástroje podle zaměření na záměrné sebepoškozování, suicidiální chování a poruchy příjmu potravy.

Tab. 4.1. *Nástroje pro detekci sebepoškozujícího chování podle Platznerové (2009)*

Název nástroje	Poznámka
Dotazník sebepoškozujícího chování (<i>Self-Harm Behavior Questionnaire, SHBQ, Guetierrez 1998</i>)	zjišťuje anamnézu sebepoškozování, jeho frekvenci, riskantnost, přiznávání a dosavadní léčbu a na základě těchto stanovuje stupeň rizika suicidia.
Funkční hodnocení automutilace (<i>Functional Assessment of Self-Mutilation, FASM, Loyd, Kelley, Hope 1997</i>)	zaměřen na metody, funkce a frekvenci automutilačního chování.
Dotazník sebepoškozování (<i>Self-Harm Inventory, SHI, Sansone, Wiedermann 1998</i>)	vhodný pro odhalení hraniční poruchy osobnosti

Dalším způsobem detekce sebepoškozujícího chování je pozorování sebepoškozujícího se jedince. „Můžeme si všimnout nevysvětlitelných popálenin, řezných ran, jizev nebo jiných shluků stop na kůži. Většinou se stopy sebepoškozování vyskytují na horních končetinách, není to však podmínkou. Lidé se tyto stopy snaží před veřejností skrýt a často nosí ročnímu období nepřiměřené oblečení (dlouhé rukávy a dlouhé kalhoty v létě), vyhýbají se aktivitám, při kterých jsou nuceni odhalit tělo (plavání, tělocvična) Pro potřeby sebepoškozování s sebou nosí netypické osobní věci (žiletky a jiné pomůcky).“¹⁷ Často u takovýchto jedinců pozorujeme úzkost a nárůst známek deprese. V případě jedinců s mentální retardací je diagnostika sebepoškozování a hlavně přesné diagnostiky poruchy velmi obtížná. „Psychiatr se při vyšetření z velké části opírá o schopnosti introspekce a subjektivní výpovědi pacientů, tedy vyžaduje, aby pacient popsal svůj vnitřní stav. Lidé s mentální retardací však mají omezené dovednosti kognitivní, verbální a komunikační.“¹⁸ Autoagresivní chování u těchto jedinců může být způsobeno atypickými příznaky psychické poruchy (např. u obsedantně – kompulzivní poruchy) [např. Čadilová 2007, Kriegelové 2008, Platznerová 2009]. Odhalení sebepoškozujícího chování je velmi důležité pro stanovení další léčby či terapie, ale hlavně pro samotnou pomoc jedinci.

¹⁷ PLATZNEROVÁ, Andrea: *Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. s.57

¹⁸ ČADILOVÁ, Věra, JŮN, Hynek, THOROVÁ, Kateřina a kolektiv: *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. s.56

3.2 *Psychické poruchy*

„Příčiny sebepoškozujícího chování bývají dávány do souvislosti s dětskými traumaty, zvláště se sexuálním zneužíváním. Předpokládá se, že při nedostatečně dobré dětské zkušenosti s péčí blízké osoby se vytváří pohotovost obracet agresivní impulzy vůči vlastnímu tělu. Tato pohotovost manifestuje zejména v období adolescence.“¹⁹ Stresující události v dětství a adolescenci mají stejně negativní dopad na osoby intaktní, tak i na osoby mentálně postižené. Kocourková (2003) uvádí: „U sebepoškozujících se osob bývá častý výskyt poruch osobnosti a asociativní patologie.“²⁰ Na základě prostudované literatury se lze domnívat, že u zdravých i mentálně postižených jedinců jsou diagnostikovány nejčastěji následující poruchy spojené se sebepoškozováním:

3.2.1 *Hraniční porucha osobnosti*

Tato porucha, označovaná též jako hraniční typ emočně nestabilní osobnosti, bývá nejčastěji diagnostikovanou psychiatrickou diagnózou u lidí trpících sebepoškozováním. Vyznačuje se emoční nestálostí, narušenými představami o sobě a svých preferencích, intenzivními a nestálými vztahy, strach z odmítnutí, pocity prázdnoty a sebepoškozujícím chováním.²¹ Emoce a jejich zvládnání hrají při této poruše významnou roli. Jedinec je často zmítán pocity úzkosti (nejčastěji strach z opuštění blízké osoby) a potížemi ve zvládnání hněvu. Jako primitivní obranný mechanismus, či prostředek ke kontrole a manipulaci jim emočně blízkých lidí, využívají sebepoškozující chování. Sebepoškozování pro tyto jedince představuje jakýsi seberegulační mechanismus ke zklidnění emocí [např. Kriegelová 2008, Platznerová 2009].

Lidé s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti mají narušené vzorce chování způsobené sexuálním nebo fyzickým zneužíváním v dětství. Častěji se tato porucha vyskytuje u žen, kde je míra zneužívání vyšší než u mužů. Negativní rodinná péče vede k disociativním stavům a impulzivnímu chování. Přičemž mezi postižené oblasti dle Kriegelové (2008) patří: příjem potravy, užívání různých legálních i ilegálních substancí, nálada, zacházení s penězi, sexuální chování, mezilidské vztahy, interpersonální hranice. Přičemž sebepoškozující chování, také podle Kriegelové (2008), u jedinců představuje: záměrné sebepoškozování, suicidiální chování, setrvání

¹⁹ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J.: *Sebevražedné chování*. s.75

²⁰ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J.: *Sebevražedné chování*. s.75

²¹ KRIEGELOVÁ, Marie: *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. s.34

v násilném vztahu a rizikové chování. Jde o druh upozornění na sebe sama se snahou o manipulaci druhých nebo naopak udržení ostatních v dostatečné vzdálenosti.

3.2.2 Posstraumatická stresová porucha

Je druhou nejčastěji diagnostikovanou poruchou. Objevuje se především u jedinců, kteří ve svém životě zažili nějakou traumatizující událost. Symptomy poruchy jsou chápány jako opožděné reakce na prožité trauma. Nejčastěji se jedná o fyzické či sexuální zneužívání v dětství, znásilnění a závažné zanedbávání rodinné péče. „Jedinci trpí intenzivním znovuprožíváním událostí ve vzpomínkách a snech, vyhýbají se situacím připomínajícím traumatickou událost, trpí zvýšeným napětím a dráždivostí, mají depresivní symptomy a výbuchy zlosti vyprovokované maličkostmi.“²² Stejně, jako v případě hraniční poruchy osobnosti, jde především o narušení regulace emocí. Dle Kriegelové (2008) je záměrné sebepoškozování u posttraumatické stresové poruchy chápáno jako dovednost přežít, účelově adaptované na funkci seberegulace. U sebepoškozujících se jedinců je trauma z dětství umocňováno traumatem z vlastního sebepoškozování, což vytváří nekonečný koloběh sebepoškozování a nových traumatizujících událostí. U lidí s mentální retardací je riziko výskytu traumatizujících událostí vysoké a porucha se u nich projevuje rušivým chováním, nespavostí, agitovaností a autoagresí [např. Čadilová 2007].

3.2.3 Obsedantně-kompulzivní porucha

Jedinci se do mysli vtírají často nesmyslné obsedantní myšlenky, které se snaží bezúspěšně potlačit. Zároveň bývá tato porucha spojena s kompulzivním jednáním a to v podobě stereotypních nutkavých úkonů nebo rituálů. Mezi metody sebepoškozování u lidí trpících obsedantně-kompulzivní poruchou patří: vytrhávání vlasů, řas a obočí (tzv. trichotilománie), kompulzivní propichování, škrábání a odstraňování kůže. Dle Platznerové (2009) lze sebepoškozování, v tomto případě, považovat spíše za komorbiditu²³ a ne za součást klinického obrazu pacienta. Většinou, a to jak v případě intaktních osob, tak osob s mentální retardací, je sebepoškozování sekundárně vyprovokováno poté, co je osobě zabráněno v provádění kompulzivního rituálu.

²² ČADILOVÁ, Věra, JŮN, Hynek, THOROVÁ, Kateřina a kolektiv: *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. s.61

²³ Současný výskyt další poruchy (nemoc A je doprovázena komorbidní nemocí B)

3.2.4 Poruchy příjmu potravy

Do poruch příjmu potravy řadíme mentální anorexii a mentální bulimii a stejně jako v případě obsedantně-kompulzivní poruchy, lze tyto poruchy považovat za komorbiditu²⁴ sebepoškozování. Favazza (1996) zjistil, že až 73% poškozujících se jedinců má současně problémy s příjmem potravy. Z výzkumu Suttonové (1999)²⁵ dále vyplívá, že problémy s příjmem potravy často předcházejí sebepoškozování, a že sebepoškozování může být použito jako náhrada hladovění z důvodu rychlejšího uspokojení. Člověk zaplavený pocity studu a frustrací hledá především rychlý způsob uvolnění nepříjemných pocitů, které hladovění nenabízí. Uchyluje se proto k sebepoškozování.

²⁴ Současný výskyt další poruchy (nemoc A je doprovázena komorbidní nemocí B), v našem případě doprovází sebepoškozování poruchy příjmu potravy.

²⁵ SUTTON, J. (1999): *Healing The Hurt Within: Understand and relieve the suffering behind self-destructive behavior*. Oxford: How To Books. citováno dle KRIEGELOVÁ, Marie: *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada 2008.

4 Obecné charakteristiky sebepoškozování

4.1 Nejčastěji využívané nástroje a substance

Před samotným aktem sebepoškození se jedinec nachází v nepříjemném stavu (deprese, pocity viny, apod.), s kterým si nedokáže poradit. Pocit úlevy, po kterém tento člověk tolik touží, přináší až sebepoškození. Většinou si lidé nepamatují, jak se do nepříjemného stavu dostali, jak se cítili, ani proč se rozhodli ublížit si. Použití nástroje není v takovéto situaci nutné. Způsobem může být zarývání nehtů, štípání se, kousání se nebo bití hlavou o zeď. Celou situaci nejlépe vystihuje citace použitá v publikaci Kriegelové (2008): „Z výpovědi jedinců vyplývá, že v okamžiku krize jsou schopni použít v podstatě cokoliv jako nástroj záměrného sebepoškozování [Sutton, 1999].“²⁶

Nejčastěji používanou pomůckou jsou žiletky. Praktický je jejich malý rozměr, díky kterému se snadno schovají, a člověk je může nosit stále u sebe. V domácnosti jsou běžnými nástroji nože nebo nůžky²⁷. Pořezávání je nejrozšířenější formou sebepoškozování, což potvrzuje většina použité literatury, a řadíme ho do „syndromu pořezaného zápěstí“ („wrist-cutting syndrome“) ²⁸. Dalším zjevným způsobem sebepoškození je tzv. sebedpálení, kde jsou používanými nástroji zapalovače a cigarety. Druhou skupinu tvoří lidé, kteří využívají různé substance k sebetrávení nebo předávkování. Sebetrávení („Self-poisoning“) či předávkování („Overdosing“) popisují ve své knize Kocourková, Koutek (2003) takto: „jedná se o neindikované, nepřiměřené nebo nadměrné užití dávky léků bez zřetelného suicidálního úmyslu“²⁹. Kriegelová (2008) se zmiňuje, že tito jedinci zneužívají především předepsané i volně prodejné léky. Nejvíce pak, analgetika, antiflogistika, trankvilizery, hypnotika/sedativa a antidepresiva. Dále se také k sebetrávení/předávkování používají tekuté chemikálie, velká množství alkoholu nebo ilegální návykové látky.

²⁶ SUTTON, J. (1999): *Healing The Hurt Within: Understand and relieve the suffering behind self-destructive behavior*. Oxford: How To Books. citováno dle KRIEGELOVÁ, Marie: *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. s.64

²⁷ Nůžky bývají tupější než nože či žiletky. Rány se s nimi vytvářejí obtížněji a často velmi bolestivě.

²⁸ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J.: *Sebevražedné chování*. s.74

²⁹ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J.: *Sebevražedné chování*. s.74

4.2 Nejvíce postižené tělesné partie a důvody jejich výběru

Osoby trpící sebepoškozujícím chováním si způsobují repetitivní fyzikální poškození vlastního těla. Většinou se jedná o lehké nebo středně závažné újmy na zdraví. Cílem nebývá sebevražda, i když v některých případech může sebepoškozování zapříčinit smrt. Výběr tělesných partií, přibližuje následující klasifikace členění sebepoškozování do tří kategorií, které ve své publikaci uvádí Platznerová (2009)³⁰:

1. **Závažná automutilace** – Nejzávažnější a nejméně častá forma sebepoškození. Při aktu ublížení na zdraví je poškozen velký objem tkáně (kastrace, amputace končetiny atd.). Často vede k trvalému zmrzačení či končí smrtí.
2. **Stereotypní automutilace** – Fixované, často rytmické vzorce chování, jako je bušení hlavou, stlačování očních bulv, kousání prstů nebo paží. Lze ho nejčastěji vidět u institucionalizovaných mentálně retardovaných lidí, ale dochází k němu i u autistů, psychotiků nebo pacientů s Leschovým-Nyhanovým nebo Toretovým syndromem [o těchto syndromech více např. Čadilová 2007].
3. **Povrchová nebo mírná automutilace** – Nejčastěji se vyskytující forma sebepoškozování. Výsledkem není závažné poškození tkání a málokdy je poškození fatální.

Se závažným sebepoškozováním se naneštěstí setkáváme v nejkrajnějších případech. Jedná se především o lidi trpící schizofrenií či jinou schizofrenní poruchou, depresí a emočně nestabilní poruchou osobnosti - hraničního typu. U těchto jedinců bývá sebepoškození spojeno s dysforickými příznaky ve vztahu k vlastnímu pohlaví či jiné části těla.

Všeobecně lze však říci, že si jedinci vybírají místa snadno dostupná. Jedná se převážně o paže a nohy, oblasti břicha a hrudníku nebo zápěstí a kotníky. Favazza a Conteriová (1989)³¹ při svém sledování zjistili, že procentuálně jsou nejvíce postiženy ruce (74%) a nejméně genitálie (8%). Sebepoškozující si také často vybírají místa, která lze snadno skrýt a zamaskovat. Potřebují pomoc druhých. Chtějí na sebe upozornit, ale za své konání se stydí a skrývají ho.

³⁰ PLATZNEROVÁ, Andrea: *Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. s.18-19

³¹ FAVAZZA, A. R.; CONTERIO, K. (1989): *Female habitus self-mutilation*. Acta Psychiatrica Scandinavica, vol. 79, p. 283-289. citováno dle KRIEGELOVÁ, Marie: *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada 2008.

5 Příčiny a průběh sebepoškozujícího chování

5.1 Motivace a důvody sebepoškozování

Spouštěčů sebepoškozujícího aktu u daného jedince může být široké spektrum. Jak již bylo řečeno v předchozích kapitolách, je sebepoškozování nesuicidiálním aktem. Cílem není smrt, ale sebezáchova a zvládnutí nadměrných negativních emocí či regulace afektů. „Sebepoškozování lze považovat za účelný akt svépomoci, který umožňuje jedinci znovu získání kontaktu se světem [Favazza 1996].“³² K této „ztrátě kontaktu se světem“ dochází nejčastěji vlivem precipitující události, která nelze vyřešit adaptivním způsobem, a která specificky stimuluje rozvoj pocitů bezmoci, lítosti, vzteku, křivdy a přání pomstít se [Kocourková, Koutek 2009]. Výsledkem je akt sebepoškození, jehož výskyt a důvody ovlivňují dle Kriegelové (2008) např: socioekonomické podmínky, rozvod, osamělost nebo celkový nedostatek sociální podpory. Můžeme také všeobecně říci, že u lidí trpících opakovaným sebepoškozováním je diagnostikována jedna z psychických poruch.³³ U mentálně postižených jedinců však nemusí být sebepoškození ve spojitosti psychické poruchy a nenávisť vůči sobě. Naopak se může jednat o akt, kdy se jedinec snaží dát najevo své potřeby, vyjádřit nepohodlí nebo svou náladu či pocit³⁴. Poslední skupinu tvoří lidé, u kterých se vyskytuje jednorázová automutilace. Fisher (2009) poznamenává, že akt sebepoškozování u těchto jedinců je iniciován snahou získat pro sebe určité výhody nebo se vyhnout nepříjemné povinnosti či situaci.

Nejvíce ohroženou skupinou jsou bezesporu děti a adolescenti. Platznerová (2009) konstatuje, že kromě zevních stresorů musejí zvládat také zátěž danou růstem a vývojem, také mají omezenou kapacitu zvládnutí simultánně působících mnohočetných stresorů. Bylo opakovaně dokázáno, že média a specifické subkultury (EMO, Ghotic) hluboce ovlivňují chování těchto jedinců [např. dle Platznerové 2009, Kriegelové 2008]. Sebepoškozování se tak stává rostoucím trendem mezi dětmi a adolescenty. Platznerová (2009) hovoří o sebepoškozování u adolescentů jako o „anorexii nového věku“. Kriegelová (2008) dokonce poznamenává, že v zahraničí se o tomto trendu mluví jako o „hysterii“, „módě“ či „epidemii“.

³² Citováno dle PLATZNEROVÁ, Andrea: *Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. s.45

³³ Viz.: kapitola 3 *Diagnostika sebepoškozování a psychické poruchy*

³⁴ FISHER, S., ŠKODA, J.: *Sociální patologie - Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. s.85

Masivnímu šíření informací o sebepoškození se děje mezi mladistvými prostřednictvím Internetu. Internet by se v tomto směru dal považovat za „dvousečnou zbraň“. Snahou je informovat o závažnosti sebepoškozujícího chování a jeho následcích. Informace, však mohou být zároveň návodem jak postupovat v krajních situacích. Jedná se tedy o závažný problém, který je potřeba řešit citlivě.

Jak uvádí Kriegelová (2008) je sebepoškození velmi intimní individuálně specifický problém, a proto se motivace i funkce liší od jedince k jedinci. Na internetových blozích adolescentů, je nejčastěji uváděným důvodem sebepoškození nešťastná láska. Mnohé případy takto neopětované lásky či rozchodu končí smrtí – spácháním suicidia. Dalšími důvody mohou být sexuální zneužívání v dětství, zneužívání návykových látek a šikana.³⁵ Tabulka 6.1 uvádí důvody sebepoškození, které do tří skupin shrnula ve své publikaci Platznerová (2009). Obsáhleji se důvodům toho chování, věnuje Marie Kriegelová v knize „Záměrné sebepoškození“ [viz. Použitá literatura].

Tab. 6.1. *Důvody sebepoškození dle Platznerové (2009)*³⁶

Důvod	Popis
Regulace afektu	Nalezení ztracené rovnováhy ve víru rušivých emocí, znovunalezení kontaktu s vlastním tělem po disociativní epizodě, zklidnění těla v momentu vysoké emoční a vegetativní aktivity, 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 cílena na jiné osoby.
Kontrola, trest	Znovupřehrání traumatu, smlouvání a magické myšlení (snaha předejít obávané události sebepoškozením), ochrana jiných, sebekontrola.

³⁵ *Sebeškození* [online]. Lapiduch - diskusní server, klub Sebeškození, 2007. [cit. 2010-01-10]. Dostupné z URL: <<http://www.lapiduch.cz/klub.php?klub=sebeskoskovani&from=0>>

³⁶ PLATZNEROVÁ, Andrea: *Sebeškození: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. s.47-48

5.2 Funkce sebepoškození

V prostudované literatuře jsou popsány rozličné funkce sebepoškozujícího chování. Například Platznerová (2009) ve své publikaci použila studii Vanderlindena a Vandereykena (1997)³⁷. Jejich studie popisuje šest různých funkcí sebepoškození.

Jedná se o:

- Stimulaci - únik z disociativních³⁸ prožitků záměrným procítěním těla
- Trest - sebetrestání
- Relaxaci - uklidnění a utišení
- Odklonění - dosažení disociace či stavu transu
- Společenské motivy - potvrzení své existence či dosažení péče a ochrany
- Alternaci - cílem je sebezohybnění a dosažení neatraktivnosti pro okolí

Oproti tomu např. Kriegelová (2008) použila studii Jan Suttonové (2005), která funkce rozdělila do modelu tzv. „Osmi C záměrného sebepoškození“³⁹, který se skládá z:

- Coping and crisis intervention - dopingová strategie a krizová intervence
- Calming and comforting - uklidnění a utišení
- Control - kontrola
- Cleansing - očištění
- Confirmation of existence - potvrzení existence
- Creating comfortable numbness - navození utěšujících pocitů otupělosti
- Chastisement - sebetrestání
- Communication - komunikace

Srovnáním těchto dvou studií si můžeme povšimnout jejich podobnosti. Marie Kriegelová (2008) uvádí i další funkční modely. Všeobecně však z literatury vyplývá, že všechny studie přinášejí obdobné funkce, které se liší v teoretických konceptech. Jednotlivé funkční modely umožňují identifikovat důvody samotného sebepoškození.

³⁷ Citováno dle PLATZNEROVÁ, Andrea: *Sebepoškození: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. s.46

³⁸ Disociace je mentální proces, který vytváří pocit "odpojení" od pacientových myšlenek, vzpomínek, emocí, činností a uvědomění si vlastního já. Během období, kdy je postizený disociován, nejsou některé informace v pacientově mysli asociovány s jinými informacemi, tak jako za normálních okolností. Disociace je vnímána jako původně adaptivní či obranný mechanismus, jak se vyrovnat s náročnou situací (akutním traumatem).

³⁹ Citováno dle KRIEGELOVÁ, Marie: *Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci*. s.105

5.3 Průběh aktu sebepoškození

Akt sebepoškození je u jedince výsledkem motivu, důvodu a funkce sebepoškozujícího chování. Neexistuje jednotný popis průběhu sebepoškozujícího aktu. Avšak většina prostudovaných materiálů se shoduje v názoru, že na počátku je silná tenze, na konci pak uvolnění tohoto napětí. Toto maladaptivní chování se tedy jeví jako akt autoregulace. V průběhu aktu sebepoškozování se vykytují jisté podobné po sobě následující znaky. Tyto znaky popisuje ve své knize Kocourková (2003)⁴⁰ takto:

- Přítomnost precipitující události (ztráta významného vztahu)
- Zesílení pocit dysforie, napětí a úzkosti
- Myšlenky na sebepoškození
- Pokusy sebepoškozující chování odvrátit
- Následuje sebepoškození
- Výsledkem je uvolnění napětí

Odborníci upozorňují na neohraničenost tohoto aktu a možnost opakování [např. Kocourková 2003, Kriegelová 2008, Platznerová 2009 a jiní]. Sebepečkozování se pro mnohé jedince stane drogou se stejnými návykovými projevy jako zneužívání návykových látek, což potvrzuje jak Kocourková (2003), tak Kriegelová (2008). Dle těchto autorů je důvodem opakování opětovný pocit negace, způsobený pocity viny a studu ze sebepoškození.

⁴⁰ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J.: *Sebevražedné chování*. s.76

6 Léčba a terapie sebepoškozování

Léčba sebepoškozujícího chování je během na dlouhou trať. Nejprve je třeba zjistit/diagnostikovat důvody, proč se jedinec sebepoškozuje. O diagnóze a důvodech sebepoškozování, se zmiňují předešlé kapitoly. Přesto je třeba doplnit, že se v odborné literatuře můžeme setkat s dvěma přístupy k sebepoškozování [např. Kocourková, Koutek 2003]. První přístup posuzuje sebepoškozování oddělené od suicidiálního chování. U těchto jedinců není sebepoškození spojeno se sebevražedným úmyslem, avšak samo sebepoškození vede k opakovanému sebepoškozování. Druhý přístup vymezuje autodestruktivní chování, kdy je sebepoškozování a suicidiální chování ve vzájemném vztahu. Jedinci si způsobují zranění, u kterých je vysoké riziko úmrtí. Často jednájí v depresi a beznaději a jejich sebepoškozování končí sebevraždou.⁴¹

Z těchto přístupů vychází i samotná léčba sebepoškozujícího chování. Cíle by se tak dle Platznerové (2009) daly shrnout jako redukce počtu dalších epizod sebepoškozování, redukce touhy poškodit se, prevence sebevraždy a zlepšení sociálního fungování a kvality života.⁴² Samotný jedinec však musí chtít svůj problém řešit. Celý proces je velmi složitý, poškozující se jedinci se zmiňují mezi potřebou získat pomoc a současně tuto pomoc odmítají, o čemž se zmiňuje Kriegelová (2008).⁴³ Zároveň je vzhledem k velkým rozdílům v záměrech a motivacích sebepoškozování potřeba rozdílných přístupů v léčbě. A jak již bylo zmíněno, je důležité rozlišovat mezi sebepoškozováním a sebevraždou.

Z prostudované literatury vyplývá, že v léčbě sebepoškozujících se jedinců, a to jak zdravých či mentálně postižených, jsou nejčastěji využívány postupy psychoterapeutické a psychofarmakologické. Kocourková, Koutek (2003) doplňují, že v případech, kdy je u pacienta diagnostikována kromě sebepoškozování i další porucha (např. porucha příjmu potravy, deprese, atd.) či je u jedince obava spáchání suicidia, je pro ochranu a další postup léčby doporučena hospitalizace. Lékaři se také zabývají otázkou, zda kombinovat léčbu psychoterapeutickou s léčbou psychofarmakologickou. Podle Platznerové (2009) jde o individuální záležitost, protože v některých případech, zvláště u pacientů s hraniční poruchou, může docházet k sabotování obou těchto přístupů.

⁴¹ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J.: *Sebevražedné chování*. s.76-77

⁴² PLATZNEROVÁ, Andrea: *Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. s.69

⁴³ KRIEGELOVÁ, Marie: *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. s.133

6.1 *Terapie a druhy terapií*

Terapie, sebepoškozujících se jedinců, představuje jednu z mnoha možných psychologických intervencí. K jedinci se přistupuje komplexně, a jak uvádí Platznerová (2009): „terapeut a klient fungují spíše jako tým než v rolích experta a subjektu“.⁴⁴ Snahou je, zajistit pacientovy podmínky, v nichž by se cítil co nejlépe.

Psychoterapie je spojena i s poradenskou činností, která zvyšuje efektivitu léčby. Dle Kriegelové (2009) se poradenství zaměřuje na zmapování problému, diagnostiku, coaching a naplánování další léčby. Samotný terapeutický přístup vychází z posouzení pacienta, charakteru jeho klinických poruch, z osobnostního fungování a psychosociálních okolností jeho života, což charakterizuje ve své publikaci například Kocourková (2003). Délka terapie je individuální záležitostí a využívá se jak krátkodobá, tak i dlouhodobá psychoterapie. V závažných případech je jedincům doporučena hospitalizace. Jedná se především o jedince, u kterých se projevují silné suicidiální myšlenky či velmi závažné formy sebepoškozování vlastního těla. Celkově se od hospitalizace ustupuje, neboť jak uvádí Kriegelová (2008): „nemocnice představuje uměle bezpečné podmínky a nové copingové strategie by měly být od začátku procvičovány v reálném životě“.⁴⁵ Nejčastěji jsou využívány modality individuální, skupinové a rodinné terapie či jejich kombinace [např. Fisher, Kocourková a další].

V odborné literatuře se setkáváme s různými použitelnými psychoterapeutickými přístupy. K psychickým poruchám zmíněným v této práci se například vztahuje dělení přístupů podle Martinsona (2002)⁴⁶, které použila Platznerová (2009). Ten dělí přístupy do dvou skupin. První skupinu představují terapie, které považují sebepoškozování za součást obrazu hraniční poruchy osobnosti. Příkladem je dialektická behaviorální terapie (DBT), která je určena pacientům s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti či pacientům s poruchou příjmu potravy. Do druhé skupiny se řadí zbylé poruchy, které přímo nesouvisí s hraniční poruchou osobnosti. V rámci bakalářské práce se jedná o terapie k léčbě posttraumatické stresové poruchy, mezi něž například řadíme: racionálně – emotivní terapii nebo kognitivně-behaviorální terapii [např. Kriegelová 2008, Platznerová 2009].

⁴⁴ PLATZNEROVÁ, Andrea: *Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. s.77

⁴⁵ KRIEGELOVÁ, Marie: *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. s.134

⁴⁶ Citováno dle PLATZNEROVÁ, Andrea: *Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. s.82

Příklady terapií: *Dialektická behaviorální terapie, kognitivní terapie s použitím manuálu, terapie syndromu opakování traumatu, terapie zaměřená na řešení problému a další.*

6.2 Farmakoterapie

Sebepoškozování je specifický akt, který většinou není bazálním či jediným problémem daného jedince. Farmakologický přístup je proto v tomto případě trochu vytržen z celkového kontextu léčby a nepůsobí samostatně na sebepoškozující chování. Ovšem jak upřesňuje Platznerová (2009): „nyní jsou již naštěstí dostupné výsledky studií specificky zaměřených na efekt medikace na sebepoškozování“.⁴⁷ Výsledky těchto studií jsou například nejčastěji využívány u pacientů s problémy s regulací afektů a agresivních tendencí. Osvědčenými farmaky byly antipsychotika či antidepressiva. Podle Kriegelové (2007) nebyl u osob s poruchou osobnosti u léčiv prokázán účinek na samotné sebepoškozování. Těmto pacientům byla nejčastěji podávána thymoprolaktika nebo neuroleptika (např. Risperidon, který užívají jedinci pozorovaní v rámci praktické části bakalářské práce). Používané druhy farmak jsou používány jak u osob intaktních, tak u osob s mentální retardací. Více se užití farmakoterapie problémového chování věnuje publikace Věry Čadilové a kol. (2007).

Dle většiny odborníků by primární léčbou měla být psychoterapie a jako přídatnou léčbou teprve farmakoterapie [např. Kriegelová 2008, Platznerová 2009]. Avšak i v tomto případě se jedná o věc zcela individuální a není možné říci, která z druhů léčby je nejúčinnější anebo nejlepší. V mnoha případech je použita kombinace obou druhů léčby.

Příklady využívaných farmak: *antidepressiva, antipsychotika, neuroleptika a jiné.*

⁴⁷ PLATZNEROVÁ, Andrea: *Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby.* s.103

III. PRAKTICKÁ ČÁST

7 Výzkum sebepoškozujících se jedinců

Praktická část bakalářské práce si klade za cíl, objasnit a odhalit důvody sebepoškozování u jedinců s mentálním postižením, a na základě pozorování porovnat získané informace s prostudovanými poznatky o sebepoškozujícím chování u zdravé populace.

7.1 Metodologie výzkumu

Metodika práce je založena na kvalitativním výzkumu, kde hlavní metodu představuje pozorování a rozhovor se čtyřmi respondenty. Pozorování bylo doplněno o kazuistiky respondentů, z kterých vycházejí některé poznatky.

Samotný kvalitativní výzkum probíhal v zařízení rezidentní péče (Stacionář), u náhodného vzorku osob s mentálním postižením. Výběr tohoto zkoumaného vzorku byl proveden metodou náhodného výběru se zachováním anonymity účastníků. Do vzorku byli zařazeni jedinci trpící sebepoškozujícím chováním, které je u nich pozorováno od období nezletilosti po současnost.

Hlavní metodu výzkumu představoval řízený rozhovor, pozorování a seznámení se s kazuistikami respondentů. Řízeného rozhovoru se zúčastnili všichni respondenti osobně, přičemž stěžejním cílem rozhovoru bylo navázání komunikace a bližší seznámení se s chováním jedince. Výsledkem výzkumu bylo objasnění, z jakého prostředí sebepoškozující se člověk přichází, jak často a jakým způsobem se sebepoškozuje, eventuálně jaká negativa sebepoškozování přináší (*zdravotní komplikace – infekce, přejídání, úrazy + etické problémy – požívání předmětů až po vlastní výkaly..., zacházení s těmito lidmi u osob se zdravotním postižením, omezující prostředky...*).

Výsledky výzkumu je možné použít v zařízeních sociálních služeb k ovlivnění managementu jednotlivých zařízení a jejich personálu při řešení otázky poruch chování s autoagresivitou, případně k hlubšímu seznámení pracovníků s touto problematikou. Zajímavé je také porovnání sebepoškozujícího se chování u těchto osob v porovnání s osobami relativně zdravými.

7.2 Výsledky pozorování a rozhovorů

7.2.1 Petra, 33 let

Ve spisu Petry jsem vyčetl, že u Petry byla diagnostikována středně těžká mentální retardace. Úroveň jejích mentálních schopností se pohybuje v rozmezí 2,5 roku fyzického věku. Léčí se na psychiatrii, nyní aktuálně na kardiologii, endokrinologii, interně a neurologii. Od personálu se dozvídám, že rodiče Petru každý den doprovází do denního stacionáře – sama nedojde. Donedávna to prý byla velmi pohledná slečna, avšak onemocněla multiorgánovým selháváním (selhává jí srdce, játra a ledviny; v srdci má třicentimetrovou sraženinu krve). Nyní je napohled velmi oteklá. Břicho má naplněné vodou do obřích rozměrů, trpí dušností, je nemotorná, špatně udržuje rovnováhu. Vše komplikuje i obrna podkolenního nervu a hyperfunkce štítné žlázy.

Petra při rozhovoru nejraději vypráví o své rodině a o rodinných oslavách. Její řeč je simplexní, vyjadřuje se v holých větách. Rozhovor probíhal v okamžiku, kdy si Petra kreslila voskovými pastelkami. Svěřuje se, že si nejraději kreslí právě s voskovkami.

Spisy hovoří o problémech, kdy Petra není cíleně vedena. V těchto okamžicích začíná poškozovat své oblečení. Tvoří díry na punčochách, svetrech a halenkách. Jakákoliv nitka je předmětem jejího zájmu, páře oblečení ve švu. Během asi hodiny a půl je schopna zničit pár ponožek či z poloviny rozpárat svetr nebo úpletovou halenu. V období, kdy trpí nespavostí, ničí povlečení a ložní prádlo, případně bižuterii, kterou tak ráda nosí.

Avšak jsou i období, kdy je Petra velmi psychicky rozladěna a poté se její pozornost obrací vůči vlastní osobě – začíná trhat záděry, otrhávat si kousky nehtů, strhávat strupy, boláky. V případech, kdy jí jsou zranění ošetřena náplastí, křičí Petra nespokojeností a často si náplast strhává. Při vystupňovaném neklidu si dokáže vytrhnout i několik zubů.

7.2.2 Standa, 35 let

Spisy uvádí, že Standa má lehkou mentální retardaci a schizofrenii, s kterou se léčí na psychiatrii. Úroveň jeho mentálních schopností se pohybuje okolo 7 let fyzického věku. Napohled je Standa urostlý a statný muž s velkýma očima.

Standy jsem se při rozhovoru zeptal na jeho život ve Stacionáři. Rozpovídal se o tom, jak chodil do školy a o tom jak pracoval jak výpomoc (uklízeč) v továrně – ze spisů vím, že v práci selhal. Nyní prý dochází do „domečku, jak uživatelé označují Stacionáři. Jeho vyjadřovací schopnosti jsou celkem dobré, kromě obsahové stránky, kde velkou roli sehrává onemocnění schizofrenií. Standa používá rozvitě věty i složitá souvětí, obsahově jsou ovšem jednotvárná a postrádají reálný základ. Často používá politická témata, která zaslechl v televizi.

U Standy se střídají období klidu s obdobími silné negace a agresivních výlevů. Vše začíná tichými rozmluvami, kdy Standa hovoří sám se sebou. Pokračuje psaním lístečků a vzkazů a graduje vyhazováním předmětů a jídla z oken panelového bytu, kde bydlí. Obvykle tak činí ve spojitosti s hádkami s otcem, kde toto chování považuje za pomstu otcí. Také má často spadeno na drobnou domácí techniku – vytrhává elektrospotřebiče ze zásuvek nebo trhá spotřebičům přívodní šňůry.

Nejzávažněji se Standa chová v období prolapsu⁴⁸ schizofrenie, kdy koná pod vlivem nutkavého chování. V krizi, je schopen rozbít dveře ve snaze uniknout, uhodit nebo poškodit na zdraví personál Stacionáře, který by se mu snažil v tomto jednání zabránit.

Při vystupňované aktivitě jeho psychiatrického onemocnění se u Standy střídají nálady, převládá ovšem plačtivá a depresivní nálada se sebepoškozováním. Standa si trhá vlasy a škrábe si hlavu do boláků, které opakovaně strhává a poté krvácí. Četnost tohoto způsobu chování podléhá zcela stavu onemocnění a vyskytuje se zhruba třikrát do roka. Rozškrábané boláky často podlehnou infekci a léčení je poměrně zdlouhavé. Sebepoškozující se chování se projevuje i v souvislosti s jídlem, kdy Standa především doma konzumuje až nestravitelné množství potravin.

⁴⁸ Situace, kdy je patrná převážně Standova schizofrenie. V tomto období se stupňuje jeho negativismus. Emoce jsou vystupňované a neodpovídají daným situacím. Typické jsou nelogické řeči, plané filosofické až pseudofilozofické úvahy a další typické znaky schizofrenie.

7.2.3 Petr, 32 let

Petr dle spisů má středně těžkou mentální retardaci. Úroveň jeho mentálních schopností se pohybuje okolo 6 let fyzického věku. Zjišťuji, že se Petr léčí na psychiatrii pro neurotické chování. Petr není nijak vysoký, je spíše menšího vzrůstu a má zavalité tělo.

Petr sám začal náš rozhovor na mne směřovanou otázkou, jakou hudbu poslouchám. Po mé odpovědi, se rozpovídal o dechové hudbě, kterou nejraději poslouchá s otcem. S ním se prý také účastní mnoha festivalů dechové hudby. Zjišťuji, že hudba a převážně dechová hudba je Petrovým nejoblíbenějším tématem rozhovorů. Také se dozvídám o jeho životě. Deset let navštěvoval pomocnou školu, kde získal základní vzdělání. Nyní je moc rád ve Stacionáři, kde má kamarády a kde pobývá celý týden – dříve do zařízení denně docházel. Kromě hudby rád maluje a opisuje texty knih.

Petr působí jako velmi klidný, nicméně při bližším seznámení lze zjistit, že témata jeho rozhovorů se opakují, jsou zjednodušená, případně není schopen udržet téma rozhovoru. Řeč se stává neurotickou a chaotickou.

Na rozdíl od ostatních začíná Petrova agresivita obvykle ihned sebepoškozováním – neurotický si zatrhává záděry a nehty, okusuje si nehty až do krve. Toto drobné sebepoškozování je více méně neustálé a dle pracovníků Stacionáře ochabuje pouze při jídle nebo při aktivitách horních končetin. Pro Petra je tudíž důležitá aktivita a motivace. Při sebemenším zamyšlení nebo odložení pomůcek okamžitě naskakuje poškozování prstů – při rozhovoru, jsem si mohl povšimnout velkých boláků na ruku. V některých případech stupňuje Petrova agresivita slovními výzvami k okolí, kdy Petr požaduje dodržování jeho požadavků (např. ostatní klienti si nemají pouštět nahlas hudbu nebo nemají ve spánku chrápat).

Spisy uvádí Petrovy silně vygradované výlevy agresivity, které se obvykle odehrávají v rodině. Vše začíná Petrovým rozebíráním jakékoliv situace, následuje jeho výrazná gestikulace rukou a mimikou tváře, kdy se Petr snaží prosadit svůj názor či dosáhnout svého cíle. Vše končí fyzickým napadením, zpravidla sebe nebo matky. Používá silné úchopy paží, trhá vlasy, kouše sebe nebo matku, křičí a vyhrožuje dalším násilím. Obvykle je pak hospitalizován na psychiatrii.

7.2.4 Jiří, 32 let

Posledním pozorovaným jedincem byl Jiří, u kterého byla diagnostikována středně těžká mentální retardace a pravděpodobně trpí Prader-Willyho syndromem. Spisy uvádí úroveň jeho mentálních schopností odpovídající 5,5 roku fyzického věku. Léčí se na psychiatrii a již několik let žije v týdenním stacionáři. Osobním kontaktem jsem si všimnul jeho malého vzrůstu a silného, zavalitého těla.

Rozhovor s Jiřím nebyl snadný. Je to velmi hovorný hoch, avšak trpí patlavostí, takže mu někdy nebylo zcela zřetelně rozumět. Z části jeho výpovědi jsem pochopil, že do školy nechodil a že měl svého pana učitele – ve spisu je informace potvrzena, učitel za ním docházel do jeho 23 let. Zbytek rozhovoru stáčil téma k rozmnožování a násilí v jakékoliv podobě – líčí, jak by dokázal ublížit okolí, kdyby. V těchto tématech je velice zvědavý.

Prader-Willyho syndrom nebyl u Jiřího diagnostikován, avšak Čadilová a Jůn (2007) ve své knize specifikují syndrom následovně:

„Prader-Williho syndrom je genetická porucha, jejímiž typickými znaky jsou ochablý svalový tonus, malý vzrůst, nedostatečný pohlavní vývoj, chronický pocit hladu, obezita, špatná rovnováha, špatná artikulace, přecitlivělost, potíže v sociálních vztazích, obsesivně kompulzivní poruchy chování, hromadění, rovnání, řazení předmětů, touha po symetrii. Potřeba jíst je nutková, stejně jako nutkové vyštípování kůže, záchvaty vzteku, vysoké vnímání bolesti, úzkostnost, poruchy spánku.“⁴⁹

Ze spisů a pozorování zjišťuji, že popis syndromu odpovídá chování Jiřího. Jiří je velmi egoistický a sebestředný. Vyžaduje přesné dodržování jeho pravidel a často omezuje ostatní v aktivitách (např. musí sledovat jeho program, provádět jeho oblíbené aktivity). Nutí lidi v okolí naslouchat mu, i když každou větu opakuje velmi silně a mnohokrát se dotazuje a ujišťuje. Sám sebe poškozuje velkou konzumací jídla a to někdy i do silných klinických obtíží. V jednom případě mu dokonce praskla střeva a podstoupil proto velmi těžkou, život zachraňující operaci břicha.

⁴⁹ ČADILOVÁ, Věra, JŮN, Hynek, THOROVÁ, Kateřina a kolektiv: *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. s. 47-48

Personál stacionáře mne informuje o nevyzpytatelnosti chování Jiřího k ostatním uživatelům. Dokáže jej rozladit i prostý výběr aktivit či pomůcek. Rozčilují ho situace, kdy se nedokáže rozhodnout nebo situace, kdy nemá možnost volby. Vždy reaguje jinak. Chování začíná eskalujícím křikem, pištěním až do naprosté nesrozumitelnosti, a pokračuje fyzickým napadáním okolí. Jiří se nezdráhá použít jakýkoliv předmět jako zbraň (např. vytrhne tyč od smetáku, hodí nádobím apod.). Takové chování obvykle skončí hospitalizací na psychiatrii.

Jiřího spisy jsou velmi obsáhle a můžeme v nich nalézt Jirkovi dovednosti, ale převážně dlouhý seznam Jirkových častých problémů. Vše je také odvozeno od jeho velmi pomalého tempa při výkonu činností. Toto tempo nelze žádným způsobem změnit – v opačném případě dochází k výše zmíněným konfliktům. Jiří, tak omezuje ostatní v jakékoliv aktivitě, brzdí při sebeobslužných činnostech, na WC vydrží hodinu až dvě, zdržuje v koupelně, při oblékání a obouvání.

Sebepoškozování se u Jiřího objevuje v jakékoliv činnosti – například si zapíná poslední knoflík u krku do přiškrcení; utahuje si boty tak silně, že trhá tkaničky. Nejvíce se však sebepoškozování projevuje u jídla, které konzumuje až do silných zaživacích obtíží. Jakékoliv boláky, kožní problémy Jiří zmnoží do infekcí a impetiga. Nos či ústa je schopen rozškrábat do krve. Trhá si záděry nebo kouše nehty. Při nedostatku podnětů si škrábe hlavu a trhá si vlasy (proto chodí velmi krátce ostříhán).

7.3 Souhrn pozorování

Výzkum byl veden formou řízeného rozhovoru, pozorováním a prostudováním kazuistik čtyř zkoumaných jedinců s mentální retardací. V našem případě se jednalo o osoby s diagnostikovanou lehkou až středně těžkou mentální retardací. Společným znakem testovaných byl projev sebepoškozování, který se u jedinců vyskytl již v nezletilosti. Jak potvrzuje většina odborníků, dochází k sebepoškozování nejčastěji právě v období nezletilosti [např. Kriegelová 2008, Platznerová 2009 a jiní].

Jedinci pobývají v zařízení rezidentní péče – stacionář, kde jsou jim poskytovány sociální služby cestou formativně terapeutického přístupu⁵⁰ s ohledem na jejich potřeby a volnočasové aktivity. Jedná se o velmi příjemné až rodinné prostředí. Uživatelé se učí základním dovednostem, ale mají také možnost vykonávat aktivity, které je baví. Jejich potřebám je plně vyhověno. Stresové situace jsou řešeny formou domluvy či separací od okolí, při které je snaha zklidnit jedince. Fyzické tresty nejsou akceptovány. Postupy jsou v souladu zákonnými nařízeními.

V průběhu komunikace s respondenty nebyly pokládány citlivé dotazy. Jednalo se o rozhovor, při kterém byly zjišťovány rodinné poměry, životní zážitky, neoblíbené činnosti apod. Snahou bylo navázání kontaktu a lepší poznání jedince, o kterém jsem se mohl více dozvědět z jeho kazuistiky, jež mi byla v zařízení se svolením vedení organizace s mým potvrzením zachováním mlčenlivosti poskytnuta k nahlédnutí.

Všichni testovaní jedinci byli rádi, že si s nimi povídám a rádi odpovídali na jednoduché otázky (např. „Hraješ si rád?“, „Máš ráda pohádky“, „Neublížíje ti nikdo?“, apod.). Pouze při rozhovoru se S. byly drobné komplikace. Jeho řeč a odpovědi byli ovlivněny diagnostikovanou schizofrenií. Jiné problémy při komunikaci se nevyskytly.

V průběhu pozorování jsem byl svědkem afektovaného chování J., které přerostlo v záchvat zuřivosti. Jednalo se o incident mezi J. a jedním z uživatelů. Situaci vyřešil personál verbální domluvou.

Se sebepoškozováním jsem se setkal pouze nepřímo. Na zkoumaných jedincích jsem mohl vidět rozškrábané boláky na hlavě či podrápané ruce. Z kazuistik vyplývá, že k sebepoškozování u jedinců dochází v situacích, kdy nejsou motivováni (tzn. nudí se) nebo v situacích silné tenze. Obvykle jde o snahu upozornit na sebe či o pokus dosáhnouti svého cíle.

⁵⁰ Rozvoj obecných znalostí, psychomotorická terapie, muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, matematické představy, čtení, psaní a alternativní a augmentativní komunikace.

IV. ZÁVĚR

Cílem práce bylo popsat problematiku sebepoškozování, které můžeme pozorovat u osob relativně zdravých i u osob s psychickou prevalencí nebo u osob s postižením. Název práce vycházel z předpokladu, že nejčastěji se se sebepoškozujícím chováním setkáváme u nezletilých osob. Tento předpoklad se potvrdil jak v teoretické části, tak i ve výzkumné části, kdy byl proveden řízený rozhovor, pozorování a seznámení se s kazuistikami čtyř respondentů ze zařízení rezidentní péče. Jednalo se o osoby s mentálním postižením, u kterých bylo autoagresivní chování pozorováno již od období nezletilosti a které se u nich v jistých intervalech objevuje i dnes.

Z prostudované literatury jsem došel k závěru, že sebepoškozování je stále častěji diskutovaným problémem, ale i propagovaným fenoménem. Příkladem propagace jsou internetové blogy náctiletých, které popisují jak se sebepoškozovat v těžkých situacích nebo mýtus okolo hudebního stylu EMO, kdy je vyznávána depresivní nálada a sebevražedné sklony. Problém se však netýká pouze zdravé populace nezletilých, ale postihuje celou populaci bez rozdílu věku a nevyhýbá se ani jedincům s mentálním postižením.

Ve většině případů zdravé populace dochází k sebepoškozování vlivem depresivní nálady, emočního vypětí nebo následkem stresové situace. V situacích, kdy se autoagresivní chování opakuje, může být sebepoškozování spojeno s diagnostikovatelnou psychickou poruchou. Na základě výzkumu jsem dospěl k názoru, že u osob s mentální retardací dochází k sebepoškozujícímu chování převážně vlivem nedostatku podnětů či situací, kdy si chtějí prosadit svůj názor nebo svou potřebu. Jejich chování je také ovlivněno výchovou, postižením a psychickými poruchami.

Rozdíly můžeme nalézt i v charakteristice sebepoškozování. Intaktní osoby používají při sebepoškozování nejčastěji ostré předměty nebo jedovaté substance a způsobují si tak větší poranění. Mentálně postižené osoby si způsobují zranění například okusováním nehtů, vytrháváním vlasů či bušením hlavou o předměty a proto jejich zranění jsou menšího rázu. Ovšem zranění je vždy zraněním, a jako takové je velmi bolestivé a nepříjemné.

Společné znaky nacházíme v diagnostice a léčbě sebepoškozování. V případě jak relativně zdravých, tak i mentálně postižených jsou využívány stejné diagnostické nástroje sloužící k odhalení psychické poruchy. Pouze u mentálně postižených jedinců je diagnostika do jisté míry komplikována stupněm vývojového opoždění a organickým

poškozením mozku spojeného s retardací jedince. Po diagnostice je doporučen další průběh léčby, který představuje terapie nebo farmakoterapie popřípadě jejich kombinace. Opět jsou využívány stejné terapie a farmaka pro skupinu osob intaktních i u osob s mentálním postižením. Výzkumná část odhalila, že vlivem přidružených poruch je u mentálně postižených jedinců využívána především farmakoterapie. Příkladem léku, který uvádí literatura, a který byl vyzkoušen pro léčbu sebepoškozování je Risperidon. Tento lék užívají i mentálně postižení jedinci z praktické části práce. U zdravých osob, se dle literatury většina odborníků přiklání k názoru využívat léčbu terapií a pouze v závažných případech přistupovat k farmakoterapii.

Prostudované publikace se zmiňují o problémech v rodině, které jsou nejen u nezletilých jedním z důvodů sebepoškozování. Tento fakt se částečně potvrdil i u zkoumaného vzorku mentálně postižených. Tři ze čtyř jedinců měli ve svých kazuistikách uveden konflikt v rodině nebo problémy ve výchově. Většinou se jednalo o ignoraci výchovy jedním z rodičů, přehnanou pedantnost spojenou s vysokými nároky na jedince nebo bitím jedince při neplnění povinností. Ovšem u těchto jedinců zřejmě není sebepoškozování způsobeno rodinnou výchovou, ale psychickými poruchami spojenými s postižením, což dokládají přiložené kazuistiky. Pro zdravé osoby však rodina hraje důležitou roli. Měla by poskytovat pocit bezpečí, porozumění a zázemí. Pokud svou roli hraje špatně, může být skutečně jedním z důvodů sebepoškozování.

Při psaní práce jsem zjistil, že na trhu není příliš mnoho česky psané odborné literatury zabývající se problémem sebepoškozování. České publikace se komplexněji sebepoškozování věnují zhruba deset let a jejich počet v současné době zvolna narůstá. Nárůst je způsoben aktuálností tématu a také potřebou zvýšit povědomí o rizicích, příčinách a výskytu sebepoškozujícího chování. V případě osob s mentálním postižením se publikace sebepoškozováním zabývají pouze okrajově a to v rámci přidružených psychických poruch. Z těchto důvodů se tato práce pokouší shrnout a porovnat dostupné informace o záměrném sebepoškozování mezi intaktními a mentálně postiženými osobami.

Výsledky práce potvrzují, že sebepoškozování je řešitelným problémem, který ovšem vyžaduje individuální přístup. U osob s mentálním postižením je třeba počítat s jejich psychickými poruchami a zajistit jim potřebnou péči, která bude snižovat riziko autoagrese.

V. POUŽITÁ LITERATURA

a) *Primární literatura*

- BAŠTECKÁ, Bohumila, GOLDMANN, Petr: *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál 2001. ISBN 80-7178-550-4.
- BENDL, Stanislav: *Neukázněný žák - Cesta institucionální pomoci*. Praha: ISV 2004. ISBN 80-86642-36-4.
- BRÁZDILOVÁ, Nataša: *Organicky podmíněné dysfunkce CNS*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 1996. ISBN 80-7013-221-3.
- ČADILOVÁ, Věra, JŮN, Hynek, THOROVÁ, Kateřina a kolektiv: *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- ČERNÁ, A. *Adolescenti a blogy: sebepoškozování jako téma online komunity: bakalářská práce*. Brno: MU Brno, 2008.
- DOBSON, James: *Dětský vzdor*. Praha: Návrat domů 1995. ISBN 80-85495-37-6
- ESPINAS, M. Joseph: *Jmenuješ se Olga – Dopisy dceři, mongoličce*. Praha: Zvon 1994. ISBN 80-7113-107-5.
- FISHER, S., ŠKODA, J.: *Sociální patologie – Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada 2009. ISBN 978-80-247-2781-3
- GILLBERG, Christopher, PEETERS, Theo: *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty: výchovné a vzdělávání dětí s autismem*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-856-2.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena: *Manuálek o násilí*. Brno: NCO NZO 2004. ISBN 80-7013-397-X.
- CHVÁTALOVÁ, Helena: *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotního postižení*. Praha: Portál 2001. ISBN 80-7178-588-1.
- KERROVÁ, Susan: *Dítě se speciálními potřebami*. Praha: Portál 1997. ISBN 80-7178-147-9.
- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J.: *Sebevražedné chování*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-732-9.
- KRIEGELOVÁ, Marie: *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada 2008. ISBN 978-80-247-2333-4.
- LANGER, Stanislav: *Mentální retardace*. Hradec Králové: Kotva 1996. ISBN 80-900254-8-X.

- LANGMEIER, Josef, KREJČÍKOVÁ, Dana: *Vývojová psychologie*. Praha: Grada 1998. ISBN 80-7169-195-X.
- MATĚJČEK, Zdeněk, DYTRYCH, Zdeněk: *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada 1997. ISBN 80-7169-587-4.
- MATĚJČEK, Zdeněk: *Po dobrém, nebo po zlém*. Praha: Portál 1994. ISBN 80-7178-138-X.
- MATOUŠEK, Oldřich: *Potřebujete psychoterapii*. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-314-5.
- MONTESSORI, Maria: *Tajuplné dětství*. Praha: SPS 1998. ISBN 80-86 189-00-7.
- MÜLLER, Oldřich: *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- NESNÍDALOVÁ, Růžena: *Extrémní osamělost*. Praha: Portál 1994. ISBN 80-7178-024-3.
- *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím*. Praha: SZDP 2002.
- PLATZNEROVÁ, Andrea: *Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén 2009. ISBN 978-80-7262-606-9.
- PREKOPOVÁ, Jiřina, SCHWEIZEROVÁ, Christel: *Děti jsou hosté, kteří hledají cestu*. Praha: Portál 1995. ISBN 80-85282-77-1.
- PREKOPOVÁ, Jiřina: *Malý tyran - Co vlastně děti potřebují*. Praha: Portál 1993. ISBN 80-7178-095-2.
- PREKOPOVÁ, Jiřina: *Malý tyran: co vlastně děti potřebují*. Praha: Portál 1993. ISBN 80-7178-319-6.
- RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel: *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton 2003. ISBN 80-7254-423-3.
- RADIMSKÝ, Marek a kolektiv: *Psychiatrie II*. Brno: IDV PZ 2001. ISBN 80-7013-350-3.
- RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše a kolektiv: *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2003. ISBN 80-244-0646-2.
- ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍKOVÁ, Dana a kolektiv: *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- *Sebepoškozování* [online]. Lapiduch - diskusní server, klub Sebepoškozování, 2007. [cit. 2010-01-10]. Dostupné z URL:
<<http://www.lapiduch.cz/klub.php?klub=sebeposkozovani&from=0>>

- SELIKOWITZ, Mark: *Downův syndrom*. Praha: Portál 2005. ISBN 80-7178-973-9.
- SERFONTEIN, Gordon: *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-315-3.
- SHEEDY-KURCINKA, Mary: *Problémové dítě v rodině a ve škole*. Praha: Portál 1998. ISBN 80-7178-174-6.
- SMAHEL, Rudolf: *Domov prožít – domov vytvářet*. Olomouc: Matice cyrilometodějská 1995. ISBN
- STRUSKOVÁ, Olga: *Děti z planety D.S.* Praha: G plus G 2000. ISBN 80-86103-31-5.
- SVOBODA, Mojmír a kolektiv: *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- TRAIN, Alan: *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál 2001. ISBN 80-7178-503-2
- VÁGNEROVÁ, Marie: *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita, a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-496-6.
- VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie*. Praha: Parta 2004. ISBN 80-7320-063-5.
- VOCILKA, Miroslav: *Autismus a možnosti výchovné praxe*. Praha: Septima 1995. ISBN 80-85801-58-2.
- VOJÁČEK, Karel: *Autogenní trénink – cesta ke zdraví*. OZV KÚNZ SKNV 1989
- VYMĚTAL, J.: *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada 2003; 262.

b) Sekundární literatura

- BABÁKOVÁ, L.: *Sebepoškozování v dětství a adolescenci. Psychiatrie pro praxi*. 2003; 4: 169
- BECK, A. T.: *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha, Portál 2004.
- BORTHWICK-DUFFY, S. A.: Prevalence of destructive behaviors. In: THOMSON, T.: *Destructive Behavior in Developmental Disabilities: Diagnosis and Treatment*. Thousand Oaks, Sage 1994.
- ČERMÁK, I.: *Lidská agrese a její souvislosti*. Brno, Fakta 1999.
- FARBER, S.; *When the Body Is the Target: Self-Harm, Pain, and Traumatic Attachments*; Northvale, 2000

- FAVAZZA, A. R.; CONTERIO, K. (1989): *Female habitus self-mulaton*. Acta Psychiatrica Scandinavica, vol. 79, p. 283-289.
- FAVAZZA, A. R.; CONTERIO, K. (1989): *Female habitus self-mulaton*. Acta Psychiatrica Scandinavica, vol. 79, p. 283-289
- HERPETZ, S.: *Self-injurious behavior: Psychopathological and nosological treatment of personality disorders*. World J Biol Psychiat 2007; 8 (4): 214-244.
- KAPUR, N.: *Management of self-harm in adults: which way no?* Br J Psychiat 2005; 187: 497-499.
- KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J., HORT, V.: *Sebeпоškozování u pacientů s poruchami příjmu potravy*. Čes slov Psychiat 2003; 99(Suppl. 1): 25
- MALÁ, E. a kolektiv: *Dítě a stres*. Praha: Tigris 2007; 144.
- MALÁ, E.: *Agrese u dětí a adolescentů*. Čes slov Psychiat 1996; 92 (Suppl. 1): 58-67.
- MALÁ, E.: *Sebeпоškozování u poruch příjmu potravy*. Praha: Galén 2006
- PATTISON, E. M.; KAHAN, J. (1983): *The deliberate self-harm syndrome*. American Journal of Psychiatry, vol. 140, no. 7, p. 867-872.
- PRAŠKO, J. a kolektiv: *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál 2005; 360.
- PRAŠKO, J., HERMANN, E., DOUBEK, P.: *Úvod do tematiky sebeпоškozování*. Psychiatrie 2007; 1 (Suppl. 2): 64-65.
- SMITH, Carolyn: *Cutting it Out: a journey through psychotherapy and self-harm*; Jessica Kingsley Publisher; 2006
- SOOMRO GM.: *Deliberate self harm (and attempted suicide)*. Clin Evidence 2005; 6(13): 1200-1211.
- SUTTON, J.: *Healing The Hurt Within: Understand and relieve the suffering behind self-destructive behavior*. Oxford: How To Books 1999.
- SUTTON, J.: *Healing The Hurt Within: Understand Self-Injury and Self-Harm, and Heal the Emotional Wounds. 2nd ed*. Oxford: How To Books 2005.
- ŠTEFANČÍKOVÁ, M.: *Nácvikový program k odstranění nežádoucího chování a osvojení žádoucího chování u dětí a osob s mentální retardací*. Praha, KB centrum 1996.
- WHITTENHALL, Elaina: *Cutting: Self-Injury and Emotional Pain*; InterVarsity Press, 2006.

VI. PŘÍLOHY

Stacionář Ústí nad Orlicí
T.G.Masaryka 123
562 01 Ústí nad Orlicí
tel. 465 523 498
mob. 606 512 972
e-mail: vaskova@stacionar-uo.cz

V Ústí nad Orlicí dne: 23.3.2010

Počet listů: 1

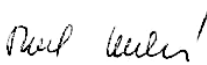
Počet příloh: 0 listů 0

komu: Tomáš Lukes
organizace: -
ulice: Písečnick 984
město: Ústí nad Orlicí
jeho číslo jednací: -

Věc : potvrzení

Potvrzují, že souhlasím s výzkumem u uživatelů s mentálním postižením, kteří využívají služby denního a týdenního stacionáře pro potřeby bakalářské práce Tomáše Lukese.

Veškeré získané informace budou vázány povinnou mlčenlivostí o osobních a citlivých údajích uživatelů a nebude možné je z práce jakkoliv identifikovat. Zákonní zástupci uživatelů s výzkumem souhlasili.


Mgr. Radka Vašková

ředitelka Stacionáře Ústí nad Orlicí

V Ústí nad Orlicí 23.3.2010

STACIONÁŘ
ÚSTÍ NAD ORLICÍ
T.G. Masaryka 123
Ústí nad Orlicí 562 01
tel.: 465 523 498 IČ: 708 653 88

1) KAZUISTIKA – Petra

6. 9. 1988 – zpráva z psychiatrie

Docházela do zvláštní školy internátní, ale byla shledána nevzdělavatelou.

Zjištěno: Sama se nají, ustrojí, umyje, boty si obléká často obráceně, nedovede kličku. Zatím nepláče, neshání se po domově. Na vyšetřovně klidná, snadno navazuje kontakt, odpovídá přiléhavě. Udá jméno, místo bydliště, sdělí, že otec jezdí vlakem, matka píše papíry. Má jednu sestru. Chodila do školy, učila se počítat. Číselnou řadu vyjmenuje do desíti, sečítá asi do čtyř, na prstech správně ukazuje do pěti. Barvy i méně obvyklé určuje správně. Zazpívá „Skákal pes“. Ráda sleduje televizi, nejraději má pohádky. Z večerníčků má nejraději Macha a Šebestovou.

Závěr: těžká debilita

IX 92 – zpráva z psychiatrie

Velice nesoustředěná, roztěkaná. Rychle se nadchne, ale zájem rychle opadá. U ničeho nevydrží. Barvy zná základní, tvary nerozezná, velikost a vzdálenost zná. Čich, chuť, hmat - nemá znalosti. Řeč špatná, mnohočetná patlavost, nulová gramatika, slovní zásoba chudá. Sebeobsluha dobrá, osobní čistota nedbalá. Jí přiborem. Motorika špatná, ztuhlé klouby i svaly, neharmonická chůze. Naučila se přes léto plavat. Kulturní chování na nízké úrovni, časová orientace nulová. Orientace v rodině dobrá, jméno, příjmení, bydliště zná. Trivium minimální. Vyprávění rozumí, ale nedokáže reprodukovat - pouze zkratky a hesla. Pracovní návyky a dovednosti - nevydrží, nešikovná.

VI 95 - zpráva z psychiatrie

Úroveň 3 - 4 letého dítěte, silná patlavost, první hlásky v 5 letech. Těžší psychomotorická retardace. Dobře ji motivuje pochvala, klidná, neagresivní, snaží se plnit úkoly. Agramatismy, defektní grafomotorika, poškozena vizuomotorická koordinace. Dobře socializovaný defekt. Citlivá. Křečovitě držení tužky, organické poškození CNS. Dobré rodinné vedení. Má ráda malé děti. Skládá puzzle, hraje si se psem. Klidná, tichá, opakuje po učiteli, sama se vyjadřuje heslovitě. Nesamostatná, v tělocviku neobratná, líná, nechápe pravidla her. Vyžaduje pozornost učitele.

98 – zpráva z psychiatrie

Zhoršující se chování asi během 3 let. Anamnesticky suspektně obsedantní myšlenky i projevy. Stále má potřebu uklízet věci, zavírat okna, dveře. Povahově vždy pečlivá, precizní, má starost o své věci. Nyní ale nemá vlastně čas na běžné aktivity. I v noci chodí kontrolovat své věci do skříňky, obavy aby se s tím nic nestalo. Kontakt velmi jednoduchý, odpovědi krátké, orientované dobře. Potíže nedovede verbalizovat. Suspektně obsedantně kompulsivní porucha. Medikace – DEPREX.

VI 98 - roční hodnocení Petry ve Stacionáři

V poslední době je Petra bez depresí, začala lépe jíst, neodmlouvá, nepláče, neklepe se. Je veselejší, pomáhá v kuchyni při utírání nádobí, při práci na zahradě. Ve výchovách se výsledky nemění.

VI 99 - roční hodnocení Petry ve Stacionáři

Špatná soustředěnost, roztěkaná. Větná skladba neúplná. Při práci je bez výdrže. Ochotně vykonává některé úklidové činnosti - vytírání koupelny, šatny, ale nepřilíží kvalitně. Občas bezdůvodně nadává. Tetám přerovná a uklízí věci položené na stole. Na maminku je drzá, stěžuje si, že se jí nelíbí ve Stacionáři.

30. 6. 2007 - roční hodnocení Petry ve Stacionáři

Petra je dlouhodobě léčena na psychiatrii, ale i přesto se nedokáže delší dobu soustředit. Také se sebepoškozuje – vytváří si boláky, okusuje si nehty. Při terapii neustále odbíhá na WC. Její znalosti jsou průměrné. Těžko a špatně se vyjadřuje. Ráda pomáhá v kuchyni. Účastní se ráda všech akcí pořádaných zařízením. Většinou bývá společenská a zábavná. Při poledním klidu má neustálé konflikty s ostatními děvčaty na pokoji a proto někdy odchází na hernu nebo na malou ložnici chlapců.

30. 6. 2008 - roční hodnocení Petry ve Stacionáři

V terapiích se nic nezměnilo. Petra mívá špatné a dobré nálady. Je kamarádká, dobrosrdečná a ochotná pomáhat. Částečně se zlepšily vztahy k ostatním uživatelům, hlavně vztahy s děvčaty. Je pohybově nadaná, ale u činností má krátkou výdrž. Když má svůj den je milá a dá se s ní hezky pracovat. Ráda komunikuje hlavně s personálem.

29. 4. 2009 – zpráva

Petra trpí multiorgánovým selháním, hrozí jí velké zdravotní obtíže, až úmrtí. Petra bude vyřazena prozatím i z vycházek. V případě kolapsu Petry bude personál okamžitě volat RZP, zajistí první pomoc a bude informovat matku.

30. 6. 2009 - roční hodnocení Petry ve Stacionáři

Petra v zimě začala být unavená a podrážděná. Po návštěvě odborného lékaře byla hospitalizována v nemocnici. Diagnostikován trombus levé srdeční komory. V domácím ošetření byla do konce dubna. V současné době opět dochází do zařízení, ale její zdravotní stav není stále dobrý.

V terapiích se nic nemění. Ráda píše – hlavně opisuje slova. V rozumové terapii spíše opakuje po ostatních. Má ráda muzikoterapii. Dobrovolnictví – s dobrovolnicí Luckou si povídají, kreslí obrázky a hrají společenské hry. Petra se však nevydrží dlouho soustředit.

1. 1. 2010 - zpráva

Petra doma náhle zemřela na akutní selhání srdce.

2) KAZUISTIKA – Standa

9. 12. 80 - zpráva z MŠ

Po pohybové a rozumové stránce výrazně zaostává za svými vrstevníky. Není schopen souvislého samostatného projevu, opakuje jen po učitelce a po dětech. Není schopen přesné nápodoby, špatně se orientuje, nepamatuje si své místo, značku. Výtvarný projev je slabý. Špatně komunikuje, proto nezapadl do kolektivu dětí. Má zvláštní povahu, je spíš samotář, do kolektivních her se zapojí jen na vyzvání, jinak je pasivní. Má zvláštní reakce, je trucovitý. V MŠ Standa nezlobí, ale doma je situace opačná. Nejvíce si dovoluje na matku, která si s jeho výchovou neví rady, a proto Standa bývá hodně bit. Standa se nám zdá opožděný tělesně i duševně. Myslíme si, že odklad školní docházky nebude stačit na odstranění všech poruch, které se u něho projevují.

Standa řekne své jméno, nesprávně uvede svůj věk. Se zájmem vykládá o svých hrách. Táta ho učí jezdit na kole. Vyjmenuje osoby z domácího prostředí, ledničku Calex a dvě televize.

20. 5. 1987 - Pomocná škola internátní

Důvodem zařazení – nestačí na výuku ve Zvláštní škole. Chlapec je v evidenci neurologie – záchvaty epilepsie. Při výuce je značně unaven, 2 hodiny prozívá, je bez zájmu, musí být velice často povzbuzován. Ve škole se mu nelíbí, nikdo mu však neubližuje. Výkon na hranici středně těžké duševní zaostalosti. Občas se projevuje úmyslné poškozování majetku a školních věcí. Např.: poškodil lak na lavici ramínkem, úmyslně si zlomil brýle. Také vyhrožuje, že uteče nebo, že si přinese z domova nůž a přeřízne kabel od televize, protože se mu naše nelíbí (doma má barevnou). Stále by chtěl jenom pouštět hudbu.

Paměťové schopnosti odpovídají hloubce defektu intelektu. Není schopen si zapamatovat dlouhodobě básničku, reprodukci pohádky pouze s pomocí učitelky. Psaní zvládá, ale úprava je podprůměrná. Napsané často nepřečte. Čtení – naučené texty ze zvláštní školy zvládne, nové učivo pouze s obtížemi. Skládání slov k obrázkům pouze s pomocí. Přehazuje písmena. Počty – do 20 – číselná řada, sčítání, odčítání pouze s názorem. Při dalších předmětech je velice náladový, musí být povzbuzován.

Zjištěn výrazný pokles zájmů, tupost a pokles spontaneity. Z našeho hlediska jde o oligofrenii v pásmu těžké debility a pokles intelektové kapacity při epilepsii. Občas má afekty s destruktivní činností vůči okolí (jen vůči věcem, na lidi si netroufne).

Leden 1998 – Standa nastupuje do Stacionáře

Standa nastoupil do zařízení sociálních služeb. Nechce spolupracovat v oblasti vzdělávání, spíše vypomáhá při žehlení, úklidu zahrady a okolí zařízení pod dohledem civilní vojenské služby.

Červen 1999 – roční hodnocení

Standovo chování se velmi zhoršilo. Je velmi náladový. Nekomunikuje s námi v zařízení, ale povídá si sám se sebou. Často se bezdůvodně směje. Odmítá jídlo, jí velmi malé porce. Při zaměstnání se do práce zapojuje s nechutí. Doma si stěžují, že jim chce vše rozmontovat - telefon, televizi apod. Sestře přepíná schválně programy nebo jí televizi vypíná.

30. 6. 2000 - roční hodnocení Standy ve Stacionáři

Standa trpí depresemi, při kterých bezdůvodně utíká z herny do šaten. Stav byl konzultován s psychiatrií - chtějí ho hospitalizovat a pozorovat. Matka s léčením nesouhlasí, otec je ochoten se Standou do léčebny jet. Standa však v léčebně zůstat nechce a po hádce s otcem utíká. Vrací se zpátky domů a do zařízení již nedochází – rodiče nás nekontaktují. V polovině července se otec zajímá o opětovný nástup Standy – důvodem je Standův zhoršený stav.

18. 7. 2000 – zpráva po vyšetření Standy na psychiatrii

Pacient byl vyšetřen na psychiatrii. V zařízení si všimli, že byl agresivnější a byl mu předepsán Risperdal.

18. 4. 2001

Standa se od ledna velmi zhoršil, rodiče tvrdí, že podávají léky doma, ale Standa je ve velmi silné depresi. Nyní vše vrcholí - chodí do zařízení velmi pozdě, nosí vychovatelce domů "špatnosti". V zařízení je drzý, hrubě nadává, hází co má právě v ruce, důvěrníček roztrhal a vyhodil. Standa trhá různé vedení (i od kabelové televize), abychom se nemohli s rodiči domlouvat po telefonu.

4. 6. 2001 - psychiatrické vyšetření

Je podezření, že Standa nebere léky. Přišel, sedl si a začal filozofovat: „Je to tady divné, ten Telecom... Tachecí to řídí... a pak Obzinová... v téhle oblasti to nefunguje...“ Pořád na to musí myslet.

Pseudofilozofování a řada jeho výroků svědčí pro přítomnost schizofrenie bez defektu intelektu - lze předpokládat sluchové halucinace a paranoiditu.

Závěr: Lehká mentální retardace (těžší debilita), Schizofrenní psychóza

25. 6. 2001

Standa přichází do zařízení ve velmi silné negaci. Říká: „Práva jsou pošlapána, nikdo by je nezvedl, i kdyby ležela tady na zemi.“ Prý to napsal svému právníkovi. Dále vypráví: „Klaus se v Debatě na Primě moc hádal s panem Špidlou. Klaus chtěl odejít z natáčení, ze studia. Já to viděl, ale ČT 1, NOVO a ČT 3 jsem si nepouštěl, pan Mathé si to nepřál. Nevyšlo mu to s Irenou, ale hned to na toho Uhlíře prásknul.“

Na dotaz, zda bral přes víkend léky - mává rukou, že to nemá cenu, a že by je měl vysadit. Má tendence utíkat.

Na vycházce říkal: „Táta jako divizna, moc se rozpíná a měl by se zneškodnit.“ Doplnuje slovy: „Už mě to nebaví, nejradši bych se někde schoval a už bych radši nežil.“ Odpoledne zase říká: „Život hrozně utíká, nedávno jsem byl ještě dítě, rychle jsem vyrostl, zestárl a teď jsem už jen věchýtek.“

26. 6. 2001

U snídaně Standa říká: „Život už jde ke konci, vím to. Bude konec. Už tu dlouho nebudu.“ Pak skanduje: „ZVÍTĚZÍME, pravda zvítězí.“

Nechce jít na vycházku a není k přesvědčení, zřejmě by se dostal do afektu, kdybychom ho nutili. Celý den slzí, nejvíc, když si vzpomene na matku.

Večer před spaním prohlašuje: „Už jsem tady dost dlouho, že už to stačí. Přál bych si, abych se vůbec nenarodil.“

30. 6. 2001 - roční hodnocení Standy ve Stacionáři

Standa neprojevuje zájem o žádné činnosti, je plačtivý, stěžuje si na špatnou situaci ve státě, sepisuje "špatnosti". V poslední době má velkou potřebu fyzického kontaktu, a tak velmi často objímá ostatní klienty především chlapce. Je v péči psychiatra.

14. 1. 2002 – psychiatrická ambulance

Pacient se dostavil se svou matkou. Matka sděluje, že pacient je docela jiný. Straní se, nechce s nimi mluvit. A neustále něco kreslí nebo maluje. Jak vidí tužku, hned všechno popíše. Televize pro něj vůbec není. Ta jej nezajímá. Sám pacient vypráví, že lidská práva nejsou. Neustále se opakuje a mluví si sám pro sebe. Potom sdělí “já jsem klidný, vybrečel jsem si oči”. Když s ním matka mluví, on odpovídá na úplně něco jiného. Chová se, jakoby pro něj rodina byla vzduch.

28. 6. 2002 - roční hodnocení Standy ve Stacionáři

Standa nastoupil na týdenní přechodný pobyt, stále je v péči psychiatra. Léčba se několikrát upravovala, protože Standovo chování bylo agresivní, střídaly se u něj nálady, měl snahu utíkat a v noci nespál. Po pravidelném užívání zvýšených dávek Seroquelu a po přidání Chlorprothixenu na spaní je klidnější a chování se zlepšilo. Zadaný úkol při zaměstnání splní, ale sám o další činnosti nejeví zájem. V sebeobsluze je samostatný, hygienické návyky udržuje na dobré úrovni. Sám přichází a odchází do zařízení. Jeho orientace ve městě je dobrá.

27. 6. 2003 - roční hodnocení Standy ve Stacionáři

Standovo chování se o trochu zlepšilo, ale stále se u něj střídají nálady i výbuchy agresivity.

15. 3. 2004

u Standy jsme zjistili velký bolák na hlavě, dle informace matky si to údajně Standa sám rozškrábal do hloubky.

1. 4. 2004

Při vycházce Standa utekl a vběhl pod auto - auto stihlo zabrzdit.

9. 4. 2004

Telefonické sdělení matky, že Standa doma vyvádí kvůli nové televizi. Není na ni zvyklý a nová televize nemá stejně naladěné kanály jako ta stará televize. Vyhazuje věci z okna (banány, knihy a jiné drobnosti).

13. 4. 2004 – psychiatrická léčebna

Lékař: Standa navazuje ochotně kontakt. Řeč je tichá, klidná, odpovídá někdy po latencích a zcela mimo otázku. V chování je nevyzpytatelný, místy roztříštěný, v projevu se mění hlas, temperament i vizáž. Během vyšetření nárůst intrapsychické tenze, suspektní hlasy, paranoidní percepce.

Průběh terapie - pacient s lehkou mentální retardací, paranoidní schizofrenie. Pacient desorientovaný, nekomunikuje, slyší hlasy. Léčen klasickými neuroleptiky - Haloperidol, Tisercin, vyzkoušen i Risperdal - efekt horší, proto vysazen.

31. 5. 2005 - roční hodnocení Standy ve Stacionáři

Standa se vrátil do zařízení. Po vánocích začal mít, ale opět problémy - mluví si sám pro sebe, hlídá okolní hodiny, chce utíkat. Během ledna si vymýšlí, že je zařízení zavřené a ostatním klientům bere a trhá časopisy. Začíná se sebepoškozovat (škrábe se v hlavě do boláků). Lékař upravil léčbu léky.

V současné době se jeho psychický stav zlepšil, je klidnější, nebere věci ze stolů vychovatelek, ani klientům. V zaměstnáních je pasivní, splní zadaný úkol a o nic jiného se nezajímá. Hodně klesl dolů v matematice, při počítání jednoduchých příkladů má hodně chyb. Jako kamaráda si oblíbil jiného klienta, na kterého se těší a komunikuje s ním. Snaží se řešit své "problémy" s personálem, ale je stále hodně uzavřený.

30. 6. 2006 - roční hodnocení Standy ve Stacionáři

Standa je neklidný, roztěkaný. Bere a trhá věci ostatním klientům i personálu. Sebepoškozování přetrvává. Pozorujeme náznaky hypochondrie.

30. 6. 2008 - roční hodnocení Standy ve Stacionáři

největším a zároveň jediným kamarádem je jiný klient, ale ten občas Standovou přítomností opovrhne. V poslední době se stává, že Standa bezdůvodně zvrací. Podle matky to prý dělá schválně. U Standy se projevují sklony k útěku ze zařízení.

30. 6. 2009 - roční hodnocení Standy ve Stacionáři

Při zaměstnání je často pasivní a ospalý. Svým povídáním často narušuje činnost ostatních uživatelů a ti ho za to okřikují. Občas chodí na malou ložnici chlapců, kde si pouští rádio. Jeho zdravotní stav se nemění, medikace je stejná.

3) KAZUISTIKA – Petr

VI 98 - roční hodnocení Petra ve Stacionáři

Petr je velice pilný. Velice se snaží a pomáhá ostatním v okolí, nejraději mladším dětem. V cizím prostředí je nesamostatný, nedokáže reagovat. Projevuje se zmateně a zbrkle. Rád a často hovoří o dechovce, kterou také poslouchá. Je příliš upovídaný.

30. 6. 2001 - roční hodnocení Petra ve Stacionáři

Petr je milý a ochotný. Projevuje zájem o veškeré aktivity a činnosti, ale při jejich vykonávání je nepozorný, roztěkaný, nešikovný, až líný. Při TV je zcela nepoužitelný. V sebeobsluze je soběstačný. Po ranním cvičení a sprchování se Petr sám hlásí o vytření a úklid koupelny - odvedená práce však není příliš kvalitní.

28. 6. 2002 - roční hodnocení Petra ve Stacionáři

Byl vypracován individuální plán zaměřený na odbourání Petrových nežádoucích zlovyků, neboť svými hlasitými projevy, ať mluvením nebo kýčáním a vzdycháním obtěžuje okolí. Také by si měl uvědomit svoji nadváhu, která ho silně omezuje ve veškerém pohybu.

23. 5. 2003 - roční hodnocení Petra ve Stacionáři

Petrův stav se zhoršil. Částečně zapříčiněno dvěma úrazy, kdy Petr vyrazil sklo v domovních dveřích a pořezal si zápěstí. Podávané léky zvedly u Petra chuť k jídlu a jeho hmotnost se velmi zvýšila. Kvůli své nadváze nahlas dýchá, vzdychá, heká a nezvládá celkem běžné úkony. Ostatní klienti jej okřikují a pravděpodobně jeho úzkost narůstá. Stres zaháním opět konzumací potravin. Je tak v zamotaném kruhu.

5. 11. 2003

U Petra se stupňuje agresivita, kterou rodina si myslí, že to Petr odkoukal od ostatních uživatelů zařízení. Agresivita se projevuje jak slovně (např. rozbil brýle a vyhrožoval, že nic platit nebude; nebude nikoho poslouchat; léky bude lít do umyvadla apod.) tak fyzicky (např. napadl matku a pokousal ji). Jeho agrese nezná mezí – napadá i bezmocného dědu. V noci se Petr budí a vyjídá ledničku a spíž. Trpí velkou nadváhou. Jako lék mu byl předepsán Risperdal.

30. 6. 2005 - roční hodnocení Petra ve Stacionáři

Ve výchovách jde Petrova úroveň spíše dolů. Jeho nesoustředěnost zapříčiňuje časté nezvládnutí jednoduchých úkolů a reagování na pokyn. Vyznačuje se zlozvyky - zatrhávání záděr u prstů. Dále přetrvává hlučnost, funění a hekání.

30. 6. 2006 - roční hodnocení Petra ve Stacionáři

V poslední době chybí Petrovi v chování soudnost. Nezná hranice, kam až může zajít. Je obtěžující svými hlasitými projevy, pošťuchováním kamarádů a neustálým komentováním všeho. Jeho zvědavost hraničí s neslušností. Je často napomínán.

4. 4. 2007

U Petra se zhoršuje nervozita. Poškozuje se a to nejčastěji okusováním prstů na rukou a také škrábáním paží. Není schopen se na nic soustředit.

9. 5. 2007

Petr je stále hodně nervózní, začíná být i agresivní. V kolektivu je neoblíbený. Okusuje si nehty a stále se někde škrábe. Nevydrží chvíli v klidu. Po vyšetření na psychiatrii začíná Petr užívat lék Rivotril. Nyní vypadá klidnější a spokojenější.

30. 6. 2007 - roční hodnocení Petra ve Stacionáři

Zhoršení stavu i výkonnosti. Častěji se u Petra objevují rozepře s klienty, které většinou končí osobními potyčkami (provokování, vysmívání se, žalování). Při vyvrcholení konfliktu je zvyklý situaci zesměšňovat (pantomima).

30. 6. 2008 - roční hodnocení Petra ve Stacionáři

Stále častěji dochází k vzájemným nedorozuměním a konfliktům mezi Petrem a dalšími uživateli. Ti nesnáší Petrovo soustavné koukání, poslouchání a komentování toho co si druzí povídají či dělají. Jeho rádoby pošťuchování přerůstá ve vzájemné slovní napadání i občasná plácnutí. Většinou Petr nezvládne konflikt řešit v klidu a velice rychle začne používat vulgární slova (např.: „ty hajzlíku“, „debile“ apod.). Začíná vyhrožovat, že si bude stěžovat tetám a hlavně doma. Je schopen velice rychle sklouznout k afektivnímu, nepřiměřenému výstupu.

5. 6. 2009 – zpráva z psychiatrické léčebny

Lékař: Petr byl hospitalizován kvůli jeho poruchám chování a agresivitě. Stav se podařilo stabilizovat, nicméně do budoucna nelze vyloučit opět poruchy chování.

Závěr: lehká mentální retardace s poruchou chování

30. 6. 2009 - roční hodnocení Petra ve Stacionáři

U Petra přetrvávají střety s některými uživateli. V posledních měsících více nezvládnutých situací – používání nevhodných slov, neadekvátní rozčilování skrz maličkosti.

Stále vyhledává zastání u personálu, přímo vyžaduje hodnocení svojí osoby „Jaký jsem byl tento týden apod.“ Stále je viditelná averze uživatelů vůči Petrovi, který je obtěžuje svým chováním (neustálé drhnutí nohou o zem, slyšitelné dloubání záděr na rukách).

Ve formativně terapeutických činnostech je znatelná menší aktivita, většinou nemá zájem ani o společné akce v zařízení. Při manuálních pracích se nesoustředí.

V květnu ještě více nervózní, neklidný. Vyvrcholením jeho psychického stavu byla nezvládnutá situace doma, po které byl Petr hospitalizován na psychiatrickém oddělení.

Po týdnu léčení přišel do zařízení částečně utlumený.

4) KAZUISTIKA – Jiří

Jiří byl zproštěn školní docházky (1985) a rodiče sami obstarali učitele, který jej naučil číst, počítat na počítadle. Doma občas vypomůže, ale záleží na momentálním psychickém stavu. Pokud se rozčílí, je těžko zvladatelný.

Jiří trpí defektem intelektu - oligofrenie v pásmu těžší debility.

1995 – zpráva z psychiatrie

OBJEKTIVNĚ: Na očích silné dioptrické brýle. Kontakt slovní lze navázat, ale zůstává na nízké úrovni. Odpovědi jsou stručné, řeč lehce patlavá. Celkově bradypsychický, hovoří pomalu. Emočně plošší, mimika a gestikulace chudá. Halucinace ani bludy nezjištěny. Nemá sebevražedné myšlenky.

Intelektové schopnosti posuzovaného jsou zřetelně defektní, ale na dovednostech je patrná značná péče ze strany rodiny. Znalosti a vědomosti jsou na nižší úrovni. Umí počítat do 50, zvládá čtení, s chybou se podepíše. Paměť je slabá, svou kapacitou odpovídá nízké úrovni intelektových schopností. Klinicky jde o oligofrenii, tedy snížení rozumových schopností do pásma těžší debility.

Leden 2001 - videotrénink interakcí

Cílem videotréninku bylo zlepšení komunikace. Jiří komunikuje, především však u jídla. Komunikace z jeho strany pokračuje, i když partner v komunikaci odchází. Zabývá se jen tím, co ho zajímá, hovoří o tom, že co mu chutná si nechává na konec.

Je potřeba vystopovat, kdy je pozitivní, kdy negativní a proč? Jsou zde patrné známky problémů s okolním prostředím - lidé mu vstupují do jeho "bublinky" moc blízko nebo rychle a on nemá čas se s tím vyrovnat, pak reaguje vyšší tenzí, pocitem ohrožení, slovním útokem, agresivitou i fyzickým útokem.

30. 6. 2001 - roční hodnocení Jiřího ve Stacionáři

Je velice agresivní na klienty i personál, je drzý, hrubý, často má konflikty i fyzického rázu. Je velice pomalý a ve svých zvyklostech neústupný. Rád si s někým povídá nehledě na to, zda si někdo povídá s ním, což je někdy obtěžující. Při zaměstnáních je velice šikovný, zručný. Při vycházkách je naopak hrubý na klienty, slovně i fyzicky. Je pozorováno i sebepoškození. Sebeobsluha dobrá, při stolování probíhají nutkavé pohyby hlavou do stran, jinak na dobré úrovni. V kolektivu není oblíben. Je potřeba u něj předcházet konfliktům, v afektu je zcela neovladatelný.

28. 6. 2002 – roční hodnocení Jiřího ve Stacionáři

Z individuálních úkolů je patrné zlepšení (ukázněnost při řečovém projevu, mírnění agresivity, zlepšení rychlosti tempa při všech činnostech). Jirka je méně agresivní a afekty se již nevyskytují tak často. K ostatním klientům i k vychovatelkám se chová lépe. V řečovém projevu je třeba ho usměrňovat.

Ve výchovné činnosti je zručný, šikovný, pečlivý, ale pomalý. Úkoly plní bez problémů. Životní situace zná a dokáže vše pojmenovat, všemu rozumí. Umí číst a trochu počítat. Příští školní rok bude mít individuální plán ve čtení a psaní.

V pracovní činnosti (např. na zahradě) má odmítavý postoj, k manuální práci má negativní vztah. V sebeobsluze pozorujeme mírné zlepšení rychlosti. Léčba medikamenty zůstává stejná.

27. 6. 2003 – roční hodnocení Jiřího ve Stacionáři

Jirka má stanoveny dva úkoly – rozvíjení aktivní činnosti (práce, zaměstnání) a zlepšit společenské chování.

Ve výchovách je stále bezproblémový, samostatný, zadaným úkolům rozumí, o vše se zajímá. Procvičuje se v matematice, ve psaní a ve čtení jako jediný ze zdravotní skupiny. Je šikovný a snaživý. Soustředí se velmi dlouho, činnosti ho baví.

Společenské chování se hodně zlepšilo, není již tak agresivní, stará se o méně schopné klienty. K personálu má také kladný vztah. Při sebeobsluze není již tak pomalý.

25. 6. 2004 – roční hodnocení Jiřího ve Stacionáři

Výtvarný projev je odpovídající realitě - poznáváme námět. Zvládá téměř všechny výtvarné techniky. Při hudební výchově se zapojuje, snaží se dodržovat rytmus, rád tančí. V tělesné výchově je snaživý, i přes svůj váhový handicap.

V komunikaci s ostatními je potřeba vytríbit Jirkovy otázky, které opakuje bez ohledu na odpověď, která mu byla nabídnuta.

Při sebeobsluze je šikovný, ale neúměrně pomalý. S personálem i s ostatními klienty má kladné vztahy, dochází již jen občas ke slovním nedorozuměním. Občas má tendence ostatní komandovat.

30. 6. 2005 – roční hodnocení Jiřího ve Stacionáři

U Jiřího nedošlo k výraznějším změnám. Ke zhoršení došlo pouze v chování - výbuchy vzteku bývají častější. Ve výchovách je jeho výkon stabilní. Medikace zůstává stejná.

30. 6. 2006 – roční hodnocení Jiřího ve Stacionáři

Ve výchovách je velice šikovný a zároveň velmi spavý. Jeho spavost má stupňující se tendenci. Spavý je ve všech činnostech, při vyrušení je až agresivní. Rád pošťuchuje ostatní, ale už nesnáší, když někdo pošťuchuje jeho. Má časté konflikty na pokoji se spolubydlicím.

30. 6. 2007 – roční hodnocení Jiřího ve Stacionáři

Při pracích má tendence „komandovat“ ostatní, pokud nepracují podle jeho představ. V sebeobsluze samostatný, občas problémy se lhaním, že byla provedena osobní hygiena, neúměrná spotřeba toaletního papíru. Během roku velmi časté konflikty s některými klienty mnohdy končící fyzickou potyčkou. Při řešení konfliktu s výchovným personálem plačtivý, ale přístupný řešení. Je potřeba dohled při konzumaci jídla a pití – tendence přejídat se, přepíjet – v červnu operace střev po přejedení.

30. 6. 2008 – roční hodnocení Jiřího ve Stacionáři

Stále přetrvává nesnášenlivost vůči některým klientům.

S prvním - v běžné konverzaci zášť vůči sobě navzájem – vulgarismy, urážky. Snadno se pohádají kvůli maličkosti. Mnohdy potyčky vrcholí fyzickými útoky – strkání, trhání vlasů...

S druhým - nadávky, osočování na pokoji. Často konflikt vyprovokuje druhý klient, ale Jiří má neadekvátní reakce.

U personálu neustále vyžaduje pozornost otázkami, kdy co bude... Svoje požadavky chce uspokojit teď hned. Neváhá ztropit scénu na veřejnosti. Mumlává si vulgarismy. Časté konflikty skrze jídlo.

Při terapiích náladový. Nechuť dělat něco jiného – výmluvy, že to nezvládá, neví, jak to udělat.... Hledá výhody ve svůj prospěch. Nejklidnější na dlouhé vycházce. Dobrý vztah navázán s dobrovolnicí.

9. 3. 2009 – záznam popisu incidentu

Místo: schody do suterénu, suterén, pokoj

Čas: 15:45 - 18:30

Příčina – popište, co dělal dotyčný před incidentem:

Bez ustání rovnal dečku na magnetofonu, poté se rozčílil, verbální agresivita („blbka“, „hajzl“, „kretén“) směrem k sestřičce, protože údajně špatně vypnula přístroj – začíná křičet, pištět, není mu rozumět.

Chování – popište chování a přítomné během incidentu:

Po zmíněné příčině následoval afekt. Ředitelkou byl napomenut a reagoval jejím fyzickým napadením, při kterém jí dal pohlavek. Byl upozorněn, že při takovém chování nebude moci chodit ven bez dozoru. Následovalo útočení z důvodu zákazu vycházky (ostatní uživatelé z důvodu bezpečnosti odešli na vycházku). Utekl do prádelny, kde si vzal násadu od košty a snažil se rozbít sklo u dveří. Tomuto aktu se snažil personál zabránit, avšak při odzbrojování napadl tyčí ředitelku. Nakonec byl dostrkán za dveře dílny a zamknut. Reagoval silně agresivně – snaha rozbít dveře židlí. Poté bylo voláno číslo 155. Po příjezdu RZP opět přetahování o židli. Stále trvá na tom, že rozbije sklo a uteče. Po vyčerpání všech výchovných prostředků bylo lékařem použito léčebných opatření – uklidňující injekce. Za doprovodu Policie ČR byl odveden ze suterénu na svůj pokoj. Mírně se uklidnil, ale ve vlnách se vrací afektivní chování, nadává, je hrubý, vzápětí plačtivý, snaha o další útoky (ale je malátný). Vyhrožuje, klade si podmínky, žádá okamžitý odjezd domů, okamžité ukončení pobytu.

24. 4. 2009 - zpráva z psychiatrické léčebny

Hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Jde o pacienta s diagnózou středně těžká mentální retardace s poruchami chování. Medikace: vysazen haloperidol, zvýšen risperidon. Průběh hospitalizace bez komplikací, chová se klidně, již bez projevů auto či heteroagresivity.

26. 6. 2009 – roční hodnocení Jiřího ve Stacionáři

U Jiřího neustále převládají poruchy chování. Jedná neadekvátně k situaci. Snadno se rozčílí z malé příčiny. Afekt bývá dlouhý, bouřlivý. V afektu užívá vulgarismy, piští, pláče. Přetrvávají tendence komandovat ostatní uživatele, když nejednají podle jeho představ.