

Príčiny automutilácií psychiatrických pacientov vo väzenských podmienkach

Mgr. Lucia Bošiaková

Psychiatrické oddelenie, Nemocnica pre obvinených a odsúdených, Trenčín

Automutilácie v prostredí väzenia tvoria špecifickú skupinu aktivít, ktoré možno chápať ako príznak, symptóm psychického ochorenia alebo ako samostatnú poruchu impulzov. V klinickom obraze jednotlivých psychických porúch majú automutilačné tendencie rôznu genézu, formu prevedenia ako aj dôsledky. Bližšie opísanie špecifických podmienok väzenského prostredia dotvára komplexný pohľad na problematiku príčin automutilácií uväznených osôb a zároveň ponúka vysvetlenie vyššej frekvencie výskytu a recidív automutilácií v porovnaní s civilnými psychiatrickými zariadeniami. Identifikovanie príčin automutilácií môže tiež napomôcť včas zachytiť preautomutilačné riziko, a tak minimalizovať narušenie telesnej integrity.

Kľúčové slová: sebaoškodzovanie, automutilačné konanie, psychiatrické poruchy, väzenské prostredie.

Causes of self-mutilation of psychiatric patients in the conditions of imprisonment

Self-mutilation in prison represent a specific group activities, which can be seen as a symptom of mental illness or as a separate group of impulsive disorder. In the clinical picture of psychiatric disorders, self-mutilation have different pathogenesis, as well as the form and implications. Further describe specific conditions in the prison environment completes the comprehensive view of the self-mutilation by imprisoned persons and also offers an explanation of the higher frequency of occurrence and recidivism of self-mutilation in compared with civil psychiatric facilities. Identify the causes of the self-mutilation may also help to capture self-mutilation risk in time and minimize disruption of physical integrity.

Key words: self-harm, self-mutilation, psychiatric disorders, prison environment.

Psychiatr. praxi 2013; 14(2): 66–68

Automutilácie, automutilačné konanie

Automutilačné konanie sa na prvý pohľad môže javiť ako jasné a ľahko zadefinovateľné, avšak jeho klinická deskripcia a klasifikácia nemusi byť až taká jednoznačná. Jednanie ako také, je zložitým prejavom ľudskej psychiky, predstavuje „premyslenú činnosť vedúcu k určitému cieľu“. Ide o konanie, ktoré má svoju motiváciu aj priebeh (1). Automutilácia je tiež formou zjavného konania, ktoré má svoj motív, či už vedomý alebo nevedomý, formu a priebeh. Často sa pojem automutilácia zamieňa s iným, rovnako významným – sebaoškodzovanie, ktoré je skôr chápané ako nevhodný spôsob vyjadrenia napätia a úzkosti, obrana voči stresujúcej udalosti (2).

Automutilácia (self-mutilation) je tak prejavom úmyselného poškodzovania vlastného zdravia, ktoré má patologickú, často psychoticky alterovanú motiváciu, kde konanie môže mať symbolický význam a bizarný priebeh či prevedenie (z praxe možno uviesť ako príklad prípad pacienta, ktorý si v rámci psychotického ataku na koreň penisu nasadil obrúčku, čo mu spôsobilo masívny opuch a zdravotné komplikácie). Automutilácia nezriedka býva súčasťou klinického obrazu neobvyklých sexuálnych praktík sadomasochistického charakteru alebo prejavom nadmernej záťaže u premorbidne predisponovaných osobností (napríklad v situáci-

ách trestného stíhania, pobytu vo výkone trestu, pri nedobrovoľnej hospitalizácii a iné). Patrí tiež ku konaniu, ktoré môže mať účelový charakter z dôvodu vyhnúť sa subjektívne nepríjemným situáciám. V podmienkach výkonu trestu ide napr. o vyhnutie sa súdnemu pojednávaniu, disciplinárnym opatreniam, vykonávaniu povinných režimových aktivít, či interpersonálne konflikty so spoluodsúdenými alebo problematické vzťahovanie sa k autoritám. Favazza automutiláciu definuje ako úmyselnú, priamu deštrukciu, alteráciu vlastného tela bez vedomého suicidálneho úmyslu (3). Z tejto kategórie vylúčil predávkovanie liekmi a prehĺtanie rôznych predmetov, ktoré však iní autori naopak, považujú za automutilačné konanie (4, 5). Jednou z najčastejších foriem automutilácií v podmienkach väzenia je účelové prehĺtanie nestráviteľných, cudzích predmetov (príborov, špendlíkov, klinčov, žiletiek a i.), ktoré sa musia často chirurgicky odstrániť alebo tiež odmietanie jedla vo forme vyhlásenia „hladovky“, či ako patologicky, bludne motivované odmietanie známe ako sitofóbia (pacient je presvedčený, že jedlo je otrávené).

Automutilácie tak možno deliť na dve formy: patické a biické. **Patické** vznikajú na podklade duševnej poruchy, ako dôsledok bludov a halucinácií pri psychotickom ochorení. Závažnými formami sú najmä enukleácia očí, autokastrácia, amputácia prstov, bodné a rezné poranenia.

Biické automutilácie sú motivované dosiahnutím výhod alebo predstavujú únik z nepríjemnej situácie (6). Podľa závažnosti rozlišujeme tri kategórie automutilácií, a to ťažkú formu (genitálna automutilácia, enukleácia), povrchovú/miernu, ktorú rozdeľujeme na 3 subtypy (kompulzívny, epizodický, opakovaný) a stereotypnú (bitie pästou do hlavy, trhanie vlasov, hryzenie sa) (3, 7).

S problematikou automutilačného konania súvisí aj termín **sebaoškodzovanie (self-harm)**, ktorý sa najčastejšie spája s vedomým, zámerným, často opakovaným seba-deštruktívnym správaním, pričom ale nejde o vedomý a cielený úmysel zomrieť a nemáva letálne dôsledky (8). V širšom kontexte môže byť chápané ako akékoľvek sebatrávenie alebo sebazraňovanie. V užšom chápaní ide o „akt bez fatálnych dôsledkov, pri ktorom osoba vyvíja dobrovoľne nehabituálnu činnosť“, spôsobuje si ju sám bez vplyvu druhých, pričom cieľom je dosiahnuť žiaducu zmenu cestou okamžitých alebo očakávaných telesných dôsledkov (9). Vo vzťahu k automutiláciám je širším pojmom, ktorý v sebe zahŕňa automutilačné aktivity ako jednu z jeho foriem. Sebaoškodzovanie tak nie je len klinickým markerom, ale má aj svoj sociálno-kultúrny kontext, ktorý nesmie byť opomínaný. Zaobchádzanie s ľudským telom vychádza ako zo sociálneho, tak aj z kultúrneho pozadia, ktoré je meradlom prijateľnosti

jednotlivých zásahov. Určuje, čo je konvenčná norma (tetovanie a i.) a čo už predstavuje patologický zásah do telesnej integrity. Na pomedzí sa nachádza jednorazové sebapoškodenie ako forma iniciácie, vstupu do subkultúry (napr. pokrvné rituály). Najčastejšími formami patologického poškodzovania relevantnými pre klinickú prax sú rezné poranenia kože, najmä v oblasti horných končatín, popáleniny spôsobené cigaretou, zapaľovačom, opakované predávkovanie farmakami, pri ktorom nie je zistený priamy suicidálny motív. Udržiavacím mechanizmom sebapoškodzovacieho správania je uvoľnenie nahromadeného napätia, ktoré sa u pacienta kumuluje vplyvom subjektívne prežívanej nepohody, dysfórie, tenziou, ako aj pôsobením vonkajších faktorov v podobe záťažových a stresových udalostí. Dôvodom pre sebapoškodzovanie bývajú časté pocity hnevu na seba samého, potreba úľavy od napätia a niekedy aj touto formou vyjadrená túžba suicidovať.

U niektorých autorov (8, 10) nájdeme sebapoškodzujúce správanie definované skôr ako poruchu návykov (addiction), abnormálnu reakciu, ktorá je charakterizovaná „regresom na vývinovo menej diferencovanú formu správania a odbrzdnením pudových mechanizmov“, pričom sa takáto porucha prejavuje zlyhaním pri odolávaní impulzom, značným psychickým napätím, ktoré trvá až do realizácie konania a prítomnosťou pocitu úľavy v dôsledku jeho realizácie. Konanie má skôr kompulzívny charakter a v priebehu života sa epizodicky opakuje (10). Nová téza tak ponúka odlišný pohľad na genézu sebapoškodzujúceho správania, ktoré nie je striktne fixované len na špecifické poruchy osobnosti.

Automutilačné konanie v klinickom obraze psychických porúch

U ľudí trpiacich duševným ochorením sa automutilácia objavuje ako následok ich psychického stavu. V tomto kontexte má sebapoškodzovanie rôznu etiológiu v závislosti od typu duševnej poruchy a jej genézy. Automutilácia tak môže byť chápaná ako symptóm, príznak duševného ochorenia alebo samostatná položka porúch kontroly impulzov, ako syndróm úmyselného, opakovaného poškodzovania (11). Svoju úlohu zohrávajú tiež exogénne faktory. Samotný pobyt vo väzení predstavuje záťaž najmä pre premorbidne predisponovanú osobnosť, ktorá môže viesť až k rozvoju duševnej poruchy. Zaktívovanie maladaptívnych foriem správania tak môže mať znaky rôznych psychických porúch (12).

Pri akútnych psychotických epizódach býva úmyselné zranenie dôsledkom porúch vnímania či myslenia (najmä pri imperatívnych halucináciách, bludoch), sú sporadické a bizarné, často symbolicky vyjadrujú patologické pocity (11). Bizarná automutilácia môže byť tiež súčasťou klinického obrazu pri pacientoch trpiacich psychotickým ochorením zo schizofrénneho spektra. Nezriedka sa s automutilačným konaním stretávame aj pri paranoidných psychózach, vzniknutých na báze psychotropných látok alebo organického psychosyndrómu (13).

Jedno zo špecifik, typických najmä pre väzenské prostredie, je súvis automutilácií s disociatívnou reakciou, ktorá predstavuje stratu integrity a kontinua medzi spomienkami na minulosť. Príkladom je väzenská psychóza respektíve Ganserov syndróm, ktorý predstavuje nevedomo motivovaný únik do chorobného stavu. Môže mať pseudodementnú formu alebo variant s agresivitou a automutilačnými aktivitami (7, 14).

Častým psychopatologickým prejavom vo väzenskom prostredí, ktoré môže byť spúšťačom abnormálnych reakcií, je tiež nahromadenie a abreakcia agresivity rôznej intenzity a smeru, pre ktorú odsúdenému chýbajú prirodzené stimuly a ventily. Pri automutiláciách ide o implóziu, nasmerovanie energie s agresívnym podtónom smerom dovnútra (5). Prežívanie pocitov bezmocnosti, nepochopenia, redukcia sebahodnotenia súvisiace s náhlou zmenou životných podmienok môžu viesť k reaktívno-depresívnym stavom a vyradeniu adaptačných regulačných mechanizmov, čo samo o sebe zosilňuje predautomutilačné riziko. Samotné poškodenie môže predstavovať formu sebaopotrestania, najmä pri zosilnených pocitoch viny.

Pri poruchách osobnosti sú automutilácie najviac frekvencované, čo je štatisticky zrozumiteľné, keďže vo väzenských podmienkach je ich prevalencia až 75 %. Opakované automutilačné konanie je jedným z klinických znakov hranične organizovanej osobnosti, keď jedinci používajú tento spôsob na redukciu tenzie, ako aj na manipulatívne strhnutie pozornosti okolia na seba. Tiež histriónske, infantilné osobnosti používajú autodeštruktívne konanie, keď cítia hnev, alebo hnev zmiešaný s depresiou a strácajú kontrolu nad svojimi objektmi. Osobnosti so znakmi malígneho narcizmu siahajú po autodeštrukcii pri dekompenzáciách, keď je znehodnotená ich patologická grandiozita. Disociatívna porucha osobnosti zase používa automutilačné konanie skôr ako účelovo motivované, manipula-

tívne, s cieľom získať výhodu alebo naopak, vyhnúť sa nepríjemnej situácii.

Traumatické zážitky spojené so sexuálnym zneužitím, trestaním či telesným týraním narušuje nielen celkovú integritu, ale aj vzťah k vlastnému telu, ktoré je často vnímané ako „nečisté“. Pri odmietaní tela, telesnosti, sebapoškodenie slúži ako akt trestu pre telo. V týchto prípadoch bývajú zranenia obzvlášť kruté a sústredené na miesta, ktoré sú spojené s prežitou traumou (prsia, stehná, genitálie).

So stereotypnými automutiláciami sa stretávame najmä pri mentálnych retardáciách ako možnosť sebastimulácie, vyjadrenia distresu, jeho autoregulácie a komunikácie smerom k okoliu.

Vo väzenskej psychiatrickej praxi automutilačné konanie má najčastejšie priamy súvis s výskytom psychotických porúch a s dekompenzáciami rôznych porúch osobnosti. Najviac uvádzanými dôvodmi automutilácií je nevinné uväznenie, nervozita, rôzne druhy konfliktov, obavy z budúcnosti, emocionálne napätie (15), rozpor so spoluväzňom, rozpor s členom personálu, nespokojnosť s uväznením, disciplinárny trest, väzenská rutina (16). Motívom automutilačného konania v špecifických väzenských podmienkach môže byť účelové poškodenie tela s cieľom vyhnúť sa subjektívne nepríjemným situáciám, poprípade získať výhodu v podobe presunu do nemocnice, zmeny útvaru na výkon trestu, prípadne zmiernenie režimu.

Špecifiká väzenského prostredia

Uväznenie predstavuje výrazný zásah do prežívania jedinca, ako aj zmenu v jeho doterajších životných podmienkach. Obmedzenia, ktoré sú s ním spojené sa nedotýkajú len oklieštenia osobnej slobody, ale ide o záťažovú situáciu, významnú životnú udalosť podfarbenú prežívaním dlhodobého pôsobiaceho stresu. Strata pocitu istoty, bezpečia, zmena v oblasti vzťahov, v sociálno-ekonomickom statuse, ako aj obmedzenia v uspokojovaní psychických a niektorých fyziologických potrieb sú zdrojom silnej úzkosti, neistoty a aktivácie obranných mechanizmov, ktorých pôsobenie si jedinec často ani neuvedomuje. Podľa Holmesa a Raheho (17) sa uväznenie v intenzite prežívaného záťažového faktora radí k takým udalostiam, ako je smrť blízkej osoby. Rizikovým pre výskyt automutilácií sa javí najmä obdobie vstupu do väzenia a krátko po ňom, keď sa uväznená osoba musí vyrovnávať nielen s obmedzením a izoláciou, ale aj prebiehajúcimi úkonmi orgánov činných v trestnom konaní, príp. s predĺžením väzby alebo trestu.

Jedným zo závažných faktorov väzenského prostredia je strata súkromia a intimity narušovaná nepretržitou fyzickou blízkosťou iných osôb, v ktorej sú odsúdení nútení žiť. S tým súvisí aj súčasná problematika preplnenosti kapacity ciel. Nadmerná záťaž a zvýšené nároky na adaptáciu sú kladené predovšetkým na prvotrestaných, pre ktorých väzenské prostredie predstavuje novú skúsenosť. Náročným býva tiež vyrovnanie sa s prejavmi šikanovania či inými formami agresie zo strany spoluväzňov.

Pobyt vo väzenskom zariadení je determinovaný emočnou depriváciou, ako aj materiálnym nedostatkom. Samotné hygienické a fyzikálne podmienky, hoci spĺňajú predpísané štandardy, sú pre mnohých nedostatočné a obmedzujúce.

Návštevy rodinných príslušníkov bývajú tiež významnou udalosťou v bežnom „stereotype“ a často pôsobia ako spúšťač automutilačných aktivít. So samotnou izoláciou od rodiny a najbližších vzťahov sa odsúdení často vysporiadávajú rôznymi spôsobmi. Oscilujú medzi podozrievaním paranoidného, emulátorného charakteru až po idealizáciu rodinného zázemia. Vzťahovanie sa k rodine má pre nich symbolický charakter, ktorým si potvrdzujú vlastnú identitu. S tým súvisí aj emočné prežívanie významných dátumov spojených s ich osobnou alebo rodinnou históriou.

Problematickou v podmienkach výkonu trestu býva aj možnosť sebarealizácie a s tým spojené pociťovanie nudy. Kompenzáciou, za predpokladu funkčných a zreých adaptačných mechanizmov, býva sebarealizácia vo forme práce, príp. inej tvorby (umeleckej, literárnej a i.). U recidivistov sa však

môžu prejavovať aj maladaptívne spôsoby, a to sebarealizácia v podobe uzurpovania si moci a seba prezentácie v rámci skupiny vo väzenskej hierarchii.

Rizikovými faktormi zvyšujúcimi predpoklad automutilačného konania je výkon disciplinárneho trestu, t.j. sprísnenie režimu a izolácia za priestupok voči väzenskému poriadku, ktorému sa uväznené osoby snažia vyhnúť, či už z pocitu strachu alebo subjektívne vnímanej nespravodlivosti. Predstavuje jednu z najčastejších príčin, pre ktoré tieto osoby siahajú po rôznych formách seba poškodzovania. V porovnaní s civilnými psychiatrickými zariadeniami sa však všetky už spomínané špecifiká väzenského prostredia výrazne podieľajú na vyššej frekvencii automutilačného konania.

Záver

Automutilácie v podmienkach väzenia predstavujú jeden z aktuálnych problémov, s ktorým sa často stretávame vo väzenskej psychiatrickej praxi. Z toho dôvodu je analýza príčin seba deštruktívneho konania, ako aj jeho formy, spôsoby prevedenia a samotná motivácia nevyhnutnou podmienkou prípadnej prevencie, a to v podobe identifikovania zvýšeného preautomutilačného rizika.

Literatúra

1. Pavlovský P, et al. Soudní psychiatrie a psychologie. Praha: Grada 2004: 204.
2. Vágnerová M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál 1999: 448.
3. Favazza A. The coming of age of self-mutilation. The Journal of Mental disease 1998; 186(5): 259–268.
4. Hejdiš M, Nováková M. Hladovky až seba poškodenia v rokoch 1995–1997. Zvesti 1999; 3: 8–11.

5. Hawton K, et al. Psychiatric and Personality disorders in deliberate self-harm patients. The British Journal of Psychiatry 2001; 178(8): 48–54.

6. Höschl C. Psychiatrie. Praha: Tigris 2004: 327.

7. Krizek G, Honzák R. Projevy duševních poruch a obtíže při jejich popisování. Praktický lékař 2004; 84(4).

8. Kocourková J, Koutek, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál 2003: 127.

9. Platznerová A. Sebe poškodzování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén 2009: 160.

10. Heretik A. Forenzní psychologie. Bratislava: SPN 2004: 376.

11. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. Hospital and Community Psychiatry 1993; 44: 134–140.

12. Fischer S, Škoda J. Sociální patologie. Praha: Grada 2009: 224.

13. Hejdiš M. O seba poškodzování a hladovkách v roku 2000. Zvesti 2001; 44(2): 18–19.

14. Mařádek V. Agrese v penitenciálních podmínkách. Kriminalistika 2004: 3.

15. Szalay A. Skúsenosti a poznatky z práce z hladovkármi a seba poškodzovateľmi v r. 1995–1997. In: Šustýkevič B. Automutilácie vo väzenskom prostredí. Špecializačná práca, Pezinok 2009: 66.

16. Dear GE, Borill J, Kirchner T, Forns M, Daigle M, & Biggman FH. Enhancing prisoners' coping skills. In: G.E. Dear (Ed.). Preventing suicide and other self-harm in prison. New York: Palgrave MacMillan 2006.

Článek doručen redakci: 2. 6. 2012

Článek přijat k publikaci: 16. 9. 2012

Mgr. Lucia Bošiaková

Psychiatrické oddelenie,
Nemocnica pre obvinených a odsúdených
Súdna 15, 911 96 Trenčín
bosiakova.lucia@gmail.com