se svým sebepoškozujícím chováním, je citlivý a respektující přístup klíčový. Pro uchopení sebepoškozování jakožto komplexního jevu v bio-psycho-sociálních souvislostech se osvědčuje **fenomenologický způsob nahlížení** – tedy způsob nahlížení na jev tak, jak se ukazuje v subjektivní zkušenosti daného člověka (v tomto případě pacienta). Tento přístup, inspirovaný myšlenkami filozofů, jako byli Kant, Husserl, Jaspers či Heidegger, vede k pozastavení (uzávorkování) vlastních úsudků, teorií a předchozích zkušeností odborníka. Lékař se tak může soustředit na individuální příběh konkrétního pacienta, bez předsudků a automatických závěrů, které jinak snadno vznikají na základě dřívějších zkušeností s danou problematikou nebo očekávaných vzorců chování. Takový předpojatý interpretační rámec by se jinak mohl nevědomě projevovat ve způsobu verbální či nonverbální komunikace lékaře.

Pacienti s anamnézou sebepoškozování často zmiňují stigmatizující nebo necitlivé poznámky ze strany okolí, včetně zdravotníků. Vzhledem k etiologickým faktorům přispívajícím k rozvoji sebepoškozujícího chování (1) je zřejmé, že další prožitky odmítnutí, devalvace, ponížení, tím spíše ze strany autorit, jen pomáhají dále udržovat bludný kruh sebepoškozování. Záměrné kultivování otevřeného, přijímajícího postoje tak může být samo o sobě důležitým terapeutickým nástrojem.

Překážky vyhledání pomoci

V odborných zdrojích i v praxi se ukazuje, že pouze menšina sebepoškozujících se jedinců vyhledá pomoc. Bohužel to platí nejen o pomoci odborné, ale i o neformální pomoci ze strany vrstevníků či rodiny. Jedná se o znepokojivé zjištění, protože víme, že časná intervence a preventivní programy prokazatelně redukují jak závažnost fyzického sebepoškození, tak i riziko budoucích suicidálních pokusů. Jaké jsou typické bariéry vyhledání pomoci? Strach z nedodržení mlčenlivosti, ze stigmatu, z nařčení z „vynucování pozornosti", z odsuzujících reakcí. Přesvědčení, že by svou situaci měl zvládnout vyřešit sám, spojené se studem a pocity selhání, rovněž v řadě případů brání tomu, aby se dotyčný obrátil na své blízké či na odborníky. Co naopak facilituje proces hledání pomoci, je garance důvěrnosti sděleného, respektující zacházení, přítomnost důvěryhodné osoby, a to zejména podobného věku či životních okolností (2).

Terapeutický vztah

Terapeutický vztah zahrnuje důvěru pacienta v odborníka, kvalitu jejich vztahu i spolupráce, které společně přispívají k úspěchu terapeutických intervencí. Je klíčovým prvkem psychoterapie, ale i vztahu lékař–pacient. Jde o profesionální, ale zároveň empatický a důvěrný vztah, který slouží jako základ pro efektivní terapeutický proces. Klientovi může takový vztah k odborníkovi nabídnout dříve nepoznanou bezpečnou základnu (secure base); s osobou, která je citlivá, vnímavá a poskytuje klientovi bezpečné útočiště (3). Zejména u problematiky sebepoškozování či suicidality se mohou u klientů objevovat pocity studu nebo viny, a proto by terapeuti měli uplatňovat empatický přístup a poskytnout klientovi čas na sdělení svého životního příběhu (narativu). Je důležitá vřelost terapeuta a projevování bezpodmínečného přijetí a respektu (4).

V situacích závažného sebepoškozování či suicidálních úvah u klienta, které vyvolávají u zdravotníků snahu zabránit ohrožení klientova života, je třeba počítat i s protipřenosem ze strany terapeuta. Poskytovatel péče pak může zažívat nutkání eliminovat pacientovo sebepoškozující chování v co nejkratším čase proto, že je jemu samotnému nepříjemné – odpuzuje ho, obává se ho, působí mu pocity nedostatečnosti, selhání v roli terapeuta a podobně (5). V dynamice terapeutického vztahu se tak mohou objevovat témata kontroly, moci, bezmoci, zranitelnosti, pocity zrady i osobní zodpovědnosti. Abychom zabránili takovému „boji o moc", je zcela esenciální usilovat o kolaborativní a empatickou terapeutickou alianci. Z uvedeného vyplývá, že v roli terapeuta by měl být odborník připraven klást si otázky, například co všechno ho vlastně pohání k tomu, aby se klient co nejrychleji uzdravil, a jestli je ochoten sestoupit ze své expertní pozice a utvořit se svým klientem tým se společným cílem.

Svépomocné strategie a praktická opatření

I v běžné ambulantní psychiatrické praxi můžeme svým pacientům poskytnout cennou edukaci i řadu nápomocných doporučení. Již nehodnotícím, empatickým, naslouchajícím postojem připravujeme dobré podmínky pro navázání kvalitního terapeutického vztahu a validujeme prožitky daného jedince. Je třeba mít na paměti, že proces úzdravy neprobíhá hladce, plynule. Je totiž třeba dosáhnout postupné změny dlouhodobých vzorců chování. V praxi se empiricky potvrzuje teorie o **spirálovitém charakteru úzdravy** (6) – změny k lepšímu mohou u sebepoškozujících se jedinců být zpočátku velmi diskrétní, střídají se úspěchy s návraty k nežádoucímu chování. Postupně se utváří schopnost rozpoznat spouštějící situace (triggery), zmírňovat impulzivitu, odvádět pozornost od nežádoucího chování, regulovat emoční reakci a v průběhu času nahrazovat původní autodestruktivní copingové mechanismy novými, zralejšími a méně škodlivými. Již edukací o tomto typickém průběhu úzdravy můžeme být našim pacientům a jejich rodinám velmi nápomocní. Ze strany specialisty se ukazuje jako zásadní připravit jedince na možnost epizodických návratů k nežádoucímu chování, upozornit na dlouhodobější trvání procesu léčby, oceňovat jeho úsilí a sebemenší pokrok. To vše umožňuje pacientovi postupně utvářet postoj vlídnosti a laskavosti vůči sobě a trpělivosti se sebou. Tento stav je ideálně dosažitelný soustavnou psychoterapeutickou prací (individuální, skupinovou), nicméně i vzhledem k její aktuální kapacitní nedostupnosti je třeba využít každé možnosti, jak k dosažení tohoto cíle přispět i v našich reálných podmínkách – pěstováním terapeutické aliance s našimi pacienty, poskytováním informací a doporučováním relevantních zdrojů pomoci pacientům, jejich blízkým a rodinám, v širším kontextu pak i vyučujícím, vychovatelům a celé společnosti. Samozřejmě lze využít, a mnohdy je to nezbytné, podporu farmakoterapie, případně intervence vedoucí ke snížení celkové psychosociální zátěže jedince (komunikace se vzdělávacím zařízením, doporučení individuálního vzdělávacího plánu, ev. zvážení práceneschopnosti atd.).

Jako inspiraci k možnosti práce se sebepoškozováním našich pacientů lze doporučit **pracovní list Spouštěče sebepoškozování a možnosti alternativního chování** (7) – obrázek 1. S pracovním listem může jedinec pracovat samostatně a následně může vývoj situace či zjištěná úskalí konzultovat s terapeutem či psychiatrem, samozřejmě mohou společně i slavit dosažená vítězství a pokroky. Cílem této metody je pomoci pacientovi zvědomovat své pocity