

ÚLOHA ŠKOLSKÉHO PSYCHOLÓGA PRI RIEŠENÍ PROBLÉMU SEBAPOŠKODZOVANIA DOSPIEVAJÚCICH

Štefánia FERKOVÁ

Univerzita Komenského v Bratislave: Pedagogická fakulta

Abstrakt: Príspevok je zameraný na závažný problém zámerného sebapoškodzovania u dospelých. Cieľom príspevku je charakterizovať sebapoškodzovanie a mieru jeho výskytu. Ponúka pohľad a skúsenosti školskej psychologičky v základnej škole s konkrétnymi riešeniami a možnosťami intervencie v bežnej školskej realite.

Kľúčové slová: sebapoškodzovanie, intervencia, školský psychológ, dospelý, škola

ÚVOD

Zámerné sebapoškodzovanie detí a dospelých nie je novým fenoménom, ale je medzi mladými ľuďmi stále aktuálne. Svoju pozornosť si získava aj vďaka médiám. Školskí psychológovia, ale aj učitelia zaznamenávajú v praxi prípady žiakov, ktorí sa sebapoškodujú najčastejšie formou rezných rán. Keď deti dosahujú obdobie puberty, môžu svoje vlastné prežívanie vyjadriť v podobe deštruktívneho správania, ako je napr. tetovanie, piercingy, sexuálne rizikové správanie a pod. V poslednej dobe naberá na popularite medzi adolescentmi akt sebapoškodzovania.

CHARAKTERISTIKA A VÝSKYT SEBAPOŠKODZOVANIA

Sebapoškodzovanie, inak odborne nazvané aj automutilácia je akt fyzického násillia, ktoré človek spôsobuje sám sebe. „Ide o vyjadrenie psychickej bolesti s pomocou bolesti fyzickej“. Zámerné sebapoškodzovanie obyčajne začína v adolescencii vo veku od 13 do 19 rokov, môže pokračovať vo vyššom veku a jeho intenzita zvyčajne variuje v rôznych obdobiach. Štúdia (Ross, Heat, 2002) poukazuje na to, že väčšina dospelých sa začala sebapoškodzovať vo veku 12 až 14 rokov. M. K. Nixon a kol. (2008) zistili, že priemerný vek nástupu sebapoškodzovania je 15 rokov. Zistenia rôznych výskumov naznačujú, že sa deti začínajú sebapoškodzovať už vo veku 12 rokov a ich konanie má tendenciu opakovať sa. Autori skúmali takisto najčastejšie spôsoby zámerného sebapoškodzovania a zistili, že medzi „oblíbené“ patria rezanie, škrabanie a bitie seba samého. S. Ross a N. Heat (2002) dokumentujú, že jednotlivci najčastejšie využívajú iba jeden spôsob sebapoškodzovania.

Existujúce zahraničné štúdie potvrdzujú zvýšený výskyt sebapoškodzovania detí a dospievajúcich. Zámerné sebapoškodzovanie je v posledných rokoch terčom mnohých psychologických a klinických štúdií. Mnoho z nich už bolo zrealizovaných vo viacerých krajinách. Jedna zo štúdií uvádza, že 13,9% mladých ľudí vo východnej časti Kanady a 15% v západnej má skúsenosti so sebapoškodzovaním. V ďalšej štúdií realizovanej na dvoch univerzitách na severovýchode USA bolo zistené, že 17% vysokoškolákov už zažilo najmenej jeden akt zámerného sebapoškodzovania, v Austrálii 12,4% stredoškolákov (Nixon, Cloutier, Jansson, 2008).

Iná štúdia realizovaná vo Veľkej Británii opisuje, že 13,2% mladých ľudí vo veku 15 – 16 rokov uviedlo, že sa už sebapoškodzovalo. Iba niektorým z respondentov však bola poskytnutá odborná lekárska pomoc. Autori v štúdií opisujú, že vo všeobecnosti sa viac sebapoškodzujú dievčatá, uvádzajú aj iné príčiny, ktoré ich vedú k tomuto aktu, ako sú napr. predchádzajúce skúsenosti kamarátov a rodinných príslušníkov so sebapoškodzovaním, zneužívanie drog, depresia, anxieta, impulzivita a nízke sebavedomie. U chlapcov medzi častejšie príčiny patrí predchádzajúce suicidálne správanie kamarátov a rodinných príslušníkov, zneužívanie drog a nízke sebavedomie (Hawton, a kol., 2002).

J. Koutek a J. Kocourková (2003) uvádzajú, že okolo 4% všetkých pacientov v psychiatrických oddeleniach nemocníc sa rezáva. Ženy prevažujú nad mužmi v pomere 3:1 a výskyt sebapoškodzovania u psychiatrických pacientov je 50-krát častejší ako v bežnej populácii. Niektoré štúdie uvádzajú vyšší počet sebapoškodzujúcich sa mužov, ktorí sa však nedostanú do zdravotníckeho zariadenia.

V našom prieskume realizovanom v školskom roku 2012/2013 sa ukázalo, že fenomén sebapoškodzovania je opäť medzi teenagermi aktuálny. Pôsobím ako školská psychologička v jednej z bratislavských základných škôl. Počas konzultácie s matkou dieťaťa, ktoré prežívalo veľmi ťažko rodinné problémy som sa nepriamo dozvedela, že medzi siedmakmi je sebapoškodzovanie atraktívne. Matka pri kontrole konta svojej dcéry na sociálnej sieti – facebook odhalila, že spolužiaci jej dcéry majú skúsenosti so sebapoškodzovaním. Pri prešetrovaní problému som naozaj s hrôzou zistila, že žiaci a žiačky najmä siedmeho ročníka majú rezné rany na predlaktí. Z 34 siedmakov 7 z nich (20,59%) malo skúsenosti so sebapoškodzovaním. Niektorí mali rany čerstvejšie, iní staršie, niekoľkomesačné. Ako motív ich konania uvádzali rodinné problémy, iní nuda, vyjadrovanie svojich „pocitov navonok“, niektorí iba mlčali. V spolupráci s Centrom pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie som zistila, že tento jav, nazvime ho pracovne „rezanie“ je aktuálny vo viacerých základných školách.

INTERVENCIA ŠKOLSKÉHO PSYCHOLÓGA PRI RIEŠENÍ PROBLÉMU SEBAPOŠKODZOVANIA

V rámci efektívnej prevencie a intervencie sebapoškodzovania a násilia v škole vôbec, by mal byť zavedený funkčne integrovaný systém súvisiaci s podpornými službami duševného zdravia. Do koncepcie by mala byť začlenená celá komunita školy. V škole by mala byť snaha o vytvorenie pozitívnej klímy, kde by si mali byť žiaci a študenti vedomí toho, že v prípade akýchkoľvek problémov sa môžu obrátiť na niekoho z dospelých. Školský psychológ, riaditeľ školy, učitelia, vychovávatelia, či iní pracovníci by sa mali podieľať na vytvorení takého prostredia školy, v ktorom sa budú žiaci, študenti cítiť bezpečne. Je veľmi dôležité, aby všetci zamestnanci školy boli oboznámení s rizikovými faktormi a varovnými signálmi v súvislosti so sebapoškodzujúcim správaním.

Nie každú reznú ranu môžeme považovať za zámerné sebapoškodzovanie. Pri stanovení závažnosti problému sebapoškodzovania by sa mali posudzovať najmä:

- závažnosť fyzického poškodenia;
- psychický stav jednotlivca v priebehu konania;
- úroveň prijateľnosti správania.

Ak sa napríklad niekto nechá tetovať profesionálom, čo zahŕňa povrchné poranenie kože s miernym stupňom fyzického poškodenia, môžeme to považovať za spoločensky prijateľné správanie, akonáhle bol jedinec, v „normálnom“ psychickom stave. Z tohto dôvodu by takéto správanie nemalo byť považované za sebapoškodzovanie. Akonáhle si jednotlivec zámerné ubližuje povrchovým rezaním kože, môžeme to považovať za akt sebapoškodzovania, v prípade, že je vykonávaný v čase emocionálnej krízy. Je opísané široké spektrum foriem sebapoškodzovania, od tých „jemnejších“, až po jeho masívne formy, medzi ktoré patrí kastrácia, „vylúpnutie si“ oka, amputácia končatiny. V každom prípade, je potrebné si uvedomiť, že poškodenie tkaniva môže ohroziť život jedinca. Sebapoškodzovanie môže mať nutkavý charakter (napr. trhanie vlasov, ohrýzanie nechtov), môže byť súčasťou ritualizovaného a impulzívneho správania. Akt sebapoškodzovania môže mať jednorazový charakter, zároveň sa však môže opakovať v pravidelných intervaloch.

Kľúčovým krokom efektívnej intervencie je nájdenie konkrétneho zdroja, ktorý spôsobuje dieťaťu „neznesiteľnú bolesť.“ Je dôležité, aby diagnostik odhalil konkrétny problém, ktorý vedie jednotlivca k sebapoškodzujúcemu konaniu. Pri posudzovaní musíme vyhodnocovať celý rad individuálnych a vonkajších faktorov. Toto hodnotenie by malo zahŕňať posúdenie fyzického a duševného zdravia dieťaťa, jeho správania, rodinného zázemia, kultúrnych hodnôt a vzťahov s rovesníkmi (Walsh, 2006 in Carroll, Olwig, Wasquez, 2011).

Autori ďalej zdôrazňujú, že je potrebné zhromaždiť a posúdiť čo najviac informácií o akte sebapoškodzovania, napr. počet rán, či ich súčasťou sú nejaké vzory, symboly, aké nástroje boli použité, kde sú rany na tele umiestnené a pod. Okrem vyššie uvedeného je veľmi podstatné vedieť, ako často sa dieťa sebapoškodzuje a aké dôsledky má jeho konanie. Podľa C. Carroll, H. Olwig a M. Vasquez (2011) majú tieto informácie svoje opodstatnenie pri stanovení účinných krokov liečby, zároveň sú dôležitým počiatočným „bodom“ pri určovaní pokroku počas liečenia.

Pri intervencii môžu pomôcť najmä rodičia. Školskí psychológovia, či učitelia v škole nemajú častokrát veľkú šancu spozorovať rezné rany, hlavne pokiaľ žiaci, a čo sa aj často stáva, nosia dlhé rukávy. Rodičia by mali sústrediť svoju pozornosť na nevysvetliteľné rany na predlaktí, ramenách a nohách. Rezy majú častokrát podobu „lineárnych priamok“, paralelných pri sebe, pripomínajú tzv. „rebrík“. Niektorí dospievajúci si „vyrezávajú“ písmená alebo slová. Signálom, že ide o zámerné sebapoškodzovanie môže byť, že je to na ruke, ktorou dieťa nepíše. Niektoré rany vyzerajú skôr ako poškriabanie, nie porezanie. Ako uvádza M. Kriegelová (2008) na diagnostiku zámerného sebapoškodzovania nevznikol zatiaľ žiaden oficiálny nástroj. V zahraničí sa k odhaleniu zámerného sebapoškodzovania, jeho metód a miery výskytu používa mnoho sebaodhadzujúcich dotazníkov a škál. Výpovede však sú závislé na motivácii jednotlivca, úprimnosti, momentálnom psychickom a fyzickom stave, miere otvorenosti a schopnosti odpovedať na otázku.

Medzi základné varovné signály, ktoré naznačujú, že sa dieťa alebo dospievajúci zámerne poškodzuje patria:

- nevysvetliteľné rany, rezy, modriny, popáleniny zvyčajne na zápästí, paži, stehnách alebo prsiach;
- krvavé škvrny na oblečení, uterákoch, posteľnej bielizni;
- ostré predmety alebo rezné nástroje, ako sú holiace strojčeky, nože, ihly, sklenené črepy alebo fľaškové uzávery;
- zakrývanie rán a rezov prostredníctvom nosenia dlhých rukávov alebo dlhých nohavíc, a to aj v horúcom počasí;
- úrazy, napr. zlomeniny;
- strata vlasov,
- zmena v správaní, izolácia a podráždenosť.

Ak rodičia problém spozorujú, mali by sa sústrediť predovšetkým na otvorenú komunikáciu so svojim dieťaťom. Mali by ostať pokojní, nemali by reagovať hystericky, agresívne.

Na rozdiel od prvej pomoci, ktorej účelom je zvládnutie akútneho stavu a zabránenie autodeštruktívnemu správaniu jednotlivca, úlohou krízovej intervencie je tiež liečebný zásah orientovaný do budúcnosti. Krízová intervencia by mala zvládnuť zabránenie akútne hroziacemu sebapoškodzujúcemu správaniu, objasnenie problémov, ktoré motivujú jednotlivca k takémuto konaniu, diagnostikovanie prípadnej duševnej poruchy a zaistenie psychiatrickej ambulancie starostlivosti alebo hospitalizácii.

Dieťa so sebadeštruktívnym správaním nemôžeme odsudzovať. Snahou každého dospelého, ktorý s ním prichádza do styku, by malo byť vylúčenie rizika opakovania neadaptívneho správania. Učítelia a najmä triedni učítelia, by mali „využiť“ to, že sú s dieťaťom v dennom styku. Ich úlohou by malo byť udržanie kontaktu a dôverného vzťahu so žiakom. Je potrebné vyjadriť skutočný záujem o žiaka, udržiavať s ním komunikáciu, dať najavo empatiu, ktorá však neznamená úplnú akceptáciu, súhlas s jeho konaním. Dospelí by si mali uvedomiť, že sebapoškodzujúce konanie žiaka, môže byť volaním o pomoc, či upozornením na seba. V rozhovore so žiakom by sa mali snažiť zachovať pokoj, ubrániť sa hystérii. Cieľom je hodnotiť situáciu na základe priamych otázok, pokúsiť sa hľadať príčiny jeho konania. Žiaci s takýmito problémami majú tendenciu klamať, vyhovárať sa, že poranenie im spôsobilo domáce zvieratá, oškrekli sa na tréningu a pod. Sebapoškodzujúci sa jednotlivci sa obávajú reakcie okolia a hlavne mu nedôverujú. Podľa M. Kriegelovej (2008) k častým dôvodom patrí strach zo stigmatizácie, vlastná rozpačitosť, hanba, viera, že nikto a nič im nedokáže pomôcť, potiaže s dôverou, predchádzajúca negatívna skúsenosť, strach z porušenia rodinných pravidiel a celkový nedostatok informácií o danej problematike. Pri kontakte s odborníkom veľká časť adolescentov očakáva „zaškatuľkovanie“, prehováranie, nadľahčovanie problému a celkovo hostilný prístup. Obávajú sa, že budú nútení rozprávať o niečom, na čo by najradšej zabudli a že sa tým ich psychická nestabilita prehĺbi.

Dospelí nemôžu dieťa za jeho činy trestať. Je dôležité, vypočuť si ho, poskytnúť podporu, zamyslieť sa nad tým, či oni sami nejakým spôsobom neprispievajú k záťažovej situácii. Dospievajúci potrebuje cítiť, že sa nestaráme len o momentálne poranenie, ale že je pre nás zaujímavý ako „celok“, je dôležité zaujímať sa o rôzne stránky prežívania dieťaťa. Učiteľ by nemal situáciu podceňovať, mal by vyhľadať odborníka, psychológa, prípadne psychiatra. Psychológ by mal problém adekvátne posúdiť, prípadne sám „posunúť“ do rúk pedopsychiatra a ten zvolí adekvátnu liečbu, najčastejšie psychoterapiu, farmakologickú liečbu, prípadne podľa

závažnosti hospitalizáciu a následnú liečbu v nemocnici. A. Platznerová (2009) uvádza, že cieľom liečby poškodzujúceho sa pacienta je redukcia ďalších epizód sebapoškodzovania, redukcia túžby poškodiť sa, prevencia samovraždy a zlepšenie sociálneho fungovania a kvality života. Stále však nie je možné úplne vymedziť najúčinnjšiu liečbu poškodzujúcich sa pacientov. Akýkoľvek systematický psychoterapeutický prístup k poškodzujúcim sa jedincom, pokiaľ má byť účinný, má zahrňovať najmä vytvorenie kladného terapeutického vzťahu. Výsledky zahraničných štúdií (Carroll, Olwig, Vasquez, 2011) tvrdia, že jedným z najúčinnjších spôsobov liečby dospievajúcich, ktorí sa sebapoškodzujú, je kombinácia medikamentózneho liečby a kognitívno-behaviorálnej terapie. Okrem toho, autori považujú za dôležité zaviesť vhodné postupy, ako reagovať na žiakov, ktorí sa sebapoškodzujú a takisto minimalizovať možnosť „nákazy“ iných žiakov, aby robili to isté.

M. Kriegelová (2008, s. 134) rozlišuje v rámci odbornej intervencie nasledujúce kroky:

- **psychologická intervencia** - celé spektrum psychologickéj intervencie sa používa v prístupe k poškodzujúcim sa jedincom. Poradenská činnosť je väčšinou zameraná na zmapovanie problému, primárnu diagnostiku, coaching a naplánovanie ďalšej liečby. Z hľadiska dĺžky má podľa autorky opodstatnenie krátkodobá a dlhodobá psychoterapia. Najčastejšie sa využíva individuálna terapia a kombinácia individuálnej a skupinovej terapie. Samostatná skupinová terapia vo všeobecnosti nie je považovaná za vhodnú pri riešení zámerného sebapoškodzovania. Využitie tu nájde rodinná terapia a terapia v domácom prostredí. Podľa M. Kriegelovej (2008) jedinou všeobecne uznávanú výnimku tvorí využívanie EMDR terapie (Eye movement desensitization and reprocessing).
- **farmakologická intervencia** - mnoho jednotlivcov, ambulantne prijatých pre zámerné sebapoškodzovanie, splňovalo kritériá pre diagnózu duševnej poruchy, boli vyskúšané rôzne psychofarmaká. Ako funkčné u niektorých jednotlivcov sa osvedčili niektoré antipsychotiká, najviac k zníženiu arousalu a k celkovému upokojeniu. V iných prípadoch boli úspešne využité antidepressíva.
- **sociálna intervencia** – je väčšinou zameraná na posilnenie kontaktu jednotlivca s odborníkmi, na upevnenie sociálnej podpory a zaistenie bezpečného zázemia jednotlivca. Pokiaľ je podozrenie na súčasné patologické javy v rodine, je možné poskytnúť pomoc sociálnych kurátorov.
- **hospitalizácia** – úspešná terapia zámerného sebapoškodzovania často závisí na učení sa iným spôsobom zvládania záťaže ako je sebapoškodzovanie. K hospitalizácii by mal byť jednotlivec prijatý len vtedy, pokiaľ sa začnú objavovať suicidálne myšlienky a správanie alebo

pokiaľ sú dôsledky zámerného sebapoškodzovania natoľko vážne, že ohrozujú zdravie alebo život jedinca (Dallam, 1997 in Kriegelová, 2008).

Zareagovať správne v takejto krízovej situácii je náročné aj pre skúseného odborníka. V nasledujúcej časti uvádzame všeobecné zásady krízovej intervencie suicidálneho správania podľa N. Špatenkovej a kol. (2004), ktoré sú podľa nášho názoru použiteľné aj pre sebapoškodzujúce správanie:

- neobviňovať
- nemoralizovať
- nebagatelizovať
- nehádať sa
- neprehovárať

Školský psychológ, prípadne učiteľ by sa mal snažiť hľadať objektívne príčiny konania žiaka a nehľadať vinu v dieťati. Nemal by komentovať jeho správanie spôsobom, napr.: „Uvedomuješ si, čo spôsobuješ svojim rodičom?“. V komunikácii by sa mal snažiť vyhnúť moralizovaniu, poučovaniu, nebyť v pozícii „najmúdrejšieho“. Občas sa stáva, že učitelia, ale aj rodičia sebapoškodzovanie detí bagatelizujú, neprikladajú ich konaniu veľký dôraz, majú pocit, že dieťa „z toho vyrastie“. Takýto prístup môže byť veľmi nebezpečný, pretože sebapoškodzovanie môže mať potenciál v budúcom suicidálnom konaní dieťaťa. Pri akomkoľvek riešení problému so žiakom sa odborník musí vyhnúť hádke a prehováraní, ktoré má skôr opačný efekt, aký sa dospelý v danej chvíli snaží doceliť.

Sme si vedomí toho, že najmä učitelia častokrát nevedia, ako so žiakom v prípade výskytu sebapoškodzovania postupovať. Nie sú na takéto problémy dostatočne pripravení a informovaní. V našom školstve skoro úplne absentujú vzdelávacie programy zamerané na prevenciu a intervenciu sebapoškodzovania určené učiteľom, vychovávateľom, či iným pracovníkom. Učitelia by mali vedieť rozlíšiť samovražedné správanie od sebapoškodzovania, poznať jeho formy a základné príčiny, ktoré k takémuto konaniu vedú.

Existujúce programy sú zamerané na prevenciu a intervenciu drogových závislostí, fajčenia a užívania alkoholu, šikanovania, ale v slovenských školách absentujú programy zacielené na iné formy rizikového správania, ako je napr. sebapoškodzovanie žiakov a ich suicidálne konanie. Chýbajú vypracované metodické materiály, odporúčania pre učiteľov v spolupráci so psychológmi v oblasti prevencie, intervencie. Absentujú programy zamerané na zvýšenie psychickej odolnosti detí, zlepšenie schopností riešiť problémy. V našich školách

ešte stále nie sú dostatočne distribuované informácie o tom, kde má dieťa hľadať pomoc, kde získať informácie. Nie vo všetkých slovenských školách pracujú školskí psychológovia, ktorí by žiakov informovali o tom, na koho sa v prípade núdze obrátiť a ktorí by im boli k dispozícii v prípade, že sa dieťa nachádza v kríze. Je veľmi dôležité, aby všetci zamestnanci školy boli oboznámení s rizikovými faktormi a varovnými signálmi v súvislosti so sebaoškozujúcim správaním.

Uvádzame niekoľko rád súvisiacich so sebaoškozovaním, o ktorých by školskí psychológovia, či učitelia mali vedieť:

- žiak sa môže sebaoškozovať v ktoromkoľvek vekovom období, aj vrátane mladších detí;
- sebaoškozujú sa deti z rôznych rodinných prostredí;
- k sebaoškozovaniu inklinujú dievčatá, ale aj chlapci;
- nie je vylúčené budúce suicidálne konanie sebaoškozujúcich sa detí.

ZÁVER

V predkladanom príspevku sme sa pokúsili naznačiť dôležitosť riešenia problému zámerného sebaoškozovania dospievajúcich, ktorý si vyžaduje pozornosť nielen zo strany odborníkov, ale aj širokej verejnosti. A. Platznerová (2009) uvádza, že vývoj nenasvedčuje tomu, že by sa výskyt sebaoškozovania mal v budúcnosti znižovať. Je preto potrebné zvýšiť povedomie o dôvodoch a funkciách sebaoškozujúceho správania a efektívnych diagnostických a liečebných postupoch, resp. skvalitniť diagnostiku, rozšíriť terapeutický arzenál, nájsť spôsoby predchádzania sebaoškozujúcemu správaniu a štúdiami podložiť účinnosť jednotlivých stratégií. Cieľom príspevku bolo zdôrazniť úlohu školského psychológa pri riešení sebaoškozovania žiakov, ktorá spočíva vo vzájomnej spolupráci s ostatnými zamestnancami školy, rodičmi, pedopsychiatrami, terapeutmi, prípadne inými odborníkmi.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- CARROLL, C., OLWIG, H., VASQUEZ, M. (2011): Assessment and Intervention for Students Who Self-Injure. [online]. In *NASP Comunniqué*, 2011, vol. 40, no. 2. [cit. 2014-09-08]. Dostupné na: <http://www.nasponline.org/publications/cq/40/2/assessment-and-intervention.aspx>
- HAWTON, K. et. al. (2002): Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. [online]. In *British Medical Journal*, 2002, vol. 325, no. 23, p. 1207–1211. [cit. 2014-11-11]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC135492/>

- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. (2003): *Sebevražedné chování*. Praha : Portál, 2003. 126 s. ISBN 8071787329
- KRIEGELOVÁ, M. (2008): *Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing, 2008. 174 s. ISBN 978-80-247-2333-4
- LEMEŠOVÁ, M. (2012): Problémové správanie v kontexte formálneho a neformálneho vzdelávania. In *Poruchy správania ako sociálny a edukačný fenomén*. Bratislava: Iris, 2012. s. 136 – 147
- MANGNALL, J, YURKOVICH, E. (2008): A Literature Review of Deliberate Self-Harm. In *Psychiatric Care*. [online]. 2008, vol. 44, no. 3. [cit. 2013-09-10] Dostupné na: <<http://search.proquest.com/docview/200767612/141AC91E715605421/2?accountid=17229>
- NIXON, M. K., CLOUTIER, P., JANSSON, S. M. (2008): Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. [online]. In *Canadian Medical Association Journal Staff*. vol. 29, 2008, no. 3. p. 306–312. [cit. 2011-09-09]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2211340/>
- PLATZNEROVÁ, A. (2009): *Sebepoškození*. Praha : Galén, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7262-606-9
- ROE-SEPOWITZ, D. E. (2005). Indicators of self – mutilation. Youth in custody. [online]. A Dissertation submitted to the College of Social Work. The Florida State University. [cit. 2010-09-12] Dostupné na: <http://diginole.lib.fsu.edu/etd/1942/>
- ROSS, S., HEATH, N. (2002): A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. In *Journal of Youth and Adolescence*. [online]. 2002, vol. 31, no.1, p. 67-78. [cit.2013-09-11]. Dostupné na: <<http://search.proquest.com/docview/204647990/141AC93798202740E1/4?accountid=17229>
- ŠPATENKOVÁ, N. a kol. (2004): *Krízová intervence v praxi*. Praha : Grada. 1. vyd. 2004. 200 s. ISBN 8024705869

Mgr. Štefánia FERKOVÁ, PhD.

Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, Katedra pedagogiky a sociálnej pedagogiky

Račianska 59, 813 34 Bratislava

+421 910/163 981

e-mail: ferkova@fedu.uniba.sk