

Informovanost středoškolských studentů o záměrném sebepoškozování v adolescenci

Bc. et Bc. Jana Vaculíková

Diplomová práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana Vaculíková**

Osobní číslo: **H11724**

Studijní program: **N7501 Pedagogika**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Informovanost středoškolských studentů
o záměrném sebepoškozování v adolescenci**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti problematiky záměrného sebepoškozování.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu za využití techniky dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

PLATZNEROVÁ, Andrea. Sebepoškození. Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén, 2009.

ISBN 978-80-7262-606-9.

KRIEGELOVÁ, Marie. Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2333-4.

VANIČKOVÁ, Eva, HYNČICA, Viktor a VOTAVOVÁ, Jana. Násilí namířené proti sobě samému u teenagerské populace. Praha: UK – 3. LF, 2010. ISBN 978-80-254-9075-4.

CARR-GREGG, Michael. Psychické problémy v dospívání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0062-8.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007.

ISBN 978-80-247-1369-4.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.

Centrum výzkumu FHS

Datum zadání diplomové práce:

15. ledna 2014

Termín odevzdání diplomové práce:

18. dubna 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 18. 4. 2015

.....
Pro Kacubíková

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřená na problematiku informovanosti středoškolských studentů o záměrném sebepoškozování v adolescenci v rámci daného teritoria. V teoretické části je reflektován současný stav poznání v oblasti záměrného sebepoškozování. Tento fenomén je zde klasifikován, popsány jsou specifické metody a rizikové faktory záměrného sebepoškozování. Teoretická část se zabývá záměrným sebepoškozováním ve vztahu k adolescentní populaci, prevencí, profesionální pomocí a léčbou záměrného sebepoškozování.

Hlavním cílem praktické části diplomové práce je zmapování informovanosti a zkušenosti středoškolských studentů se záměrným sebepoškozováním v adolescenci v rámci dané lokality a komparace praktických poznatků s teoretickými východisky.

Klíčová slova: záměrné sebepoškozování, automutilace, adolescence, informovanost, prevence, léčba.

ABSTRACT

The thesis is focused on the issue of awareness of high school students of deliberate self-harm during adolescence within a given territory. The theoretical part reflects the current state of knowledge in the field of deliberate self-harm. This phenomenon is here categorized, described are specific methods and risk factors for deliberate self-harm. The theoretical part deals with deliberate self-harm in relation to the adolescent population, prevention, professional help and treatment of deliberate self-harm.

The main objective of the practical part of the thesis is to explore the awareness and experiences of high school students with deliberate self-harm during adolescence within a location and to compare the practical conclusions with theoretical knowledge.

Keywords: deliberate self-harm, automutilation, adolescence, information, prevention, treatment.

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala doc. Mgr. Soni Vávrové, Ph.D. za vedení mé diplomové práce, za ochotu a poskytnuté cenné rady.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	9	
I	TEORETICKÁ ČÁST	11
1	CHARAKTERISTIKA SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	12
1.1	VYMEZENÍ POJMU SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	12
1.2	SEBEPOŠKOZUJÍCÍ CHOVÁNÍ A JEHO KLASIFIKACE	16
1.3	METODY SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	22
1.3.1	Specifické metody sebepoškozování.....	22
1.3.2	Nejčastěji užívané nástroje a substance	24
1.3.3	Nejpostiženější tělesné partie	24
1.4	RIZIKOVÉ FAKTORY SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	25
2	ADOLESCENCE A SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	32
2.1	VYMEZENÍ POJMU ADOLESCENCE	33
2.2	FÁZE ADOLESCENCE	34
2.2.1	Raná adolescence	34
2.2.2	Střední adolescence	35
2.2.3	Pozdní adolescence	35
2.3	PSYCHICKÉ PROBLÉMY V ADOLESCENCI.....	35
3	PREVENCE SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	38
3.1	PREVENCE ZE STRANY RODINY	40
3.1.1	Komunikace s dospívajícím jedincem	41
3.2	PREVENCE ZE STRANY VZDĚLÁVACÍCH INSTITUCÍ	44
4	PROFESIONÁLNÍ POMOC A LÉČBA.....	46
4.1	PSYCHOTERAPIE	47
4.1.1	Dialektická behaviorální terapie	50
4.1.2	Kognitivní terapie.....	51
4.1.3	Racionálně emotivní terapie.....	52
4.1.4	Terapie zaměřená na řešení problému.....	52
4.1.5	Interpersonální skupinová terapie	53
4.1.6	Kognitivní terapie cílená na schémata	54
4.1.7	Hypnóza a relaxace	55
4.1.8	Muzikoterapie	56
4.1.9	Farmakoterapie.....	56
II	PRAKTICKÁ ČÁST	59
5	KONCIPOVÁNÍ VLASTNÍHO VÝZKUMU.....	60
5.1	CÍLE VÝZKUMU	60
5.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY.....	61
5.3	STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO SOUBORU	62
5.4	METODIKA VÝZKUMU	62
5.4.1	Pilotní ověření dotazníku	63
6	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	64

6.1	SOCIODEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	64
6.2	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	67
7	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	91
	ZÁVĚR	94
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	96
	SEZNAM TABULEK.....	101
	SEZNAM PŘÍLOH.....	103

ÚVOD

Problematiku sebepoškozujícího jednání, zejména prevenci a léčbu, shledávám po zmapování nezbytného stavu bádání v této oblasti, jako nedostatečně probádanou. V českém jazyce jsou vydány pouze dvě knihy zabývající se detailně záměrným sebepoškozováním. Akademických písemných prací zabývajících se jevem sebepoškozování je také nemnoho a ani jedna z nich zatím neposkytuje ucelený pohled na problematiku prevence. Ve své diplomové práci se tedy pokouším tímto souborem jevů hlouběji zabývat.

Přála bych si, aby násilí namířené proti sobě samému již nebylo u adolescentů možným řešením náročné životní situace či problému, ale stalo se jevem, se kterým adolescenti i jejich okolí bude seznámeno a hlavně budou disponovat dostatkem informací, jak záměrnému sebepoškozování předcházet.

Práce sestává ze dvou stěžejních částí – části teoretické a praktické. V teoretické části práce se orientuji na vysvětlení klíčových pojmů jako je fenomén záměrného sebepoškozování o sobě samém, sebepoškozování ve vztahu k adolescentní populaci, taxonomie a etiologie tohoto jednání. Dále je zde nahlíženo na specifické metody záměrného sebepoškozování, nejčastěji užívané nástroje a nejvíce postižené tělesné partie. Přiblíženo je také období dospívání, jelikož adolescence je etapou života, kdy je výskyt záměrného sebepoškozování nejčastější. Popsány budou charakteristiky jednotlivých fází adolescence a také psychické problémy s tímto obdobím spojené. Podstatnou součástí teoretického oddílu práce tvoří problematika prevence sebepoškozujícího jednání. Orientuji se jak na prevenci primární, sekundární i terciální, dále zde podrobněji přibližuji možnosti prevence ze strany rodiny i ze strany vzdělávacích institucí jakožto klíčových faktorů v socializaci jedince. V neposlední řadě se zabývám profesionální pomocí, jako je psychoterapie dialektická behaviorální terapie, kognitivní terapie, racionálně-emozivní terapie, terapie zaměřená na řešení problému, interpersonální skupinová terapie, relaxace, hypnóza, muzikoterapie a farmakoterapie, která je mnohdy součástí výše uvedených druhů léčby. Přiblíženy budou také metody, jež jsou používány konkrétně v léčbě sebepoškozujících se osob. Mezi tyto metody patří například technika mostu, technika kladné imaginace, metoda počítání dechů, dále metoda nesoucí název bílé světlo, černý kouř či technika těloskenovací dýchání.

Cílem Praktické části diplomové práce je zjistit, jaká je informovanost a zkušenost středoškolských studentů se záměrným sebepoškozováním v adolescenci, zdroje informací o tomto fenoménu, četnost sebepoškozujících se jedinců ve výzkumném vzorku, metody,

důvody záměrného sebepoškozování a způsob (vy)řešení problému. V kontextu prevence záměrného sebepoškozování je zkoumáno, jak středoškolští studenti hodnotí svoji schopnost vyrovnávat se s psychickou zátěží.

Bude-li záměrné sebepoškozování jako sociální jev pochopen, budou následně také nalezeny způsoby, jak mu předcházet, či jak sebepoškozujícím se jedincům efektivně pomoci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

V recentní odborné literatuře je stále zdůrazňována potřeba jednotnosti pojmového aparátu v souvislosti se sebepoškozujícím jednáním. Nejednoznačnost terminologie tak působí vědeckým pracovníkům i laické veřejnosti nejasnosti v problematice sebepoškozování. Aktuální jsou stále také diskuse nad přívlastkem "záměrné", na základě čehož mohou být podávány zkreslené informace. Pozadí nastíněných problémů i klasifikaci samotnou se pokusím v následující kapitole přiblížit. Objasněno bude také, v jakých případech je sebepoškozující jednání epizodickým jednáním a kdy se stává zvykovou odpovědí na stresory.

1.1 Vymezení pojmu sebepoškozování

Sebeпоškozováním bývá v odborné literatuře označováno komplexní autoagresivní chování, nemající v distinkci od sebevraždy fatální důsledky a lze jej chápat jako formu maladaptivní reakce na akutní či chronický stres (Platznerová, 2009, s. 7). Pro odlišení sebevražedných pokusů a činů od sebepoškozujících aktů lze za primární považovat fakt, že osoba, jež se pokusí o sebevraždu, chce svůj život opravdu ukončit, naproti tomu u osoby, jež se záměrně sebepoškozuje, je motivem snaha cítit se lépe (Kriegelová, 2008, s. 21).

V odborné literatuře lze nalézt slovní obraty, jakými jsou například svévolné sebezranění (*deliberate self injury*), sebetýrání (*self-abuse*), násilí vůči sobě samému (*self-inflicted violence*), svévolné sebeпоškozování (*deliberate self harm*) automutilace (*self-mutilitation*), sebepoškozující chování (*self-harming behavior*). Z výše uvedeného tedy vyplývá, že relativně úzká definice pojmu sebeпоškození je nezbytná, jinak by tímto pojmem bylo možné označit jednání, jakými jsou kulturně akceptované návyky, například abúzus alkoholu, kouření, diety či přejídání vedoucí k somatickému či psychickému poškození vlastním zaviněním. Nelze také opomenout poškození, jehož primárním cílem je dekorace či vylepšení vzezření (piercing, tetování), jež není obecně za patologické sebeпоškozování považováno (Platznerová, 2009, s. 15-16).

Kriegelová (2008, s. 29-31) uvádí, že je v současné literatuře mnohými autory uplatňováno pro sebepoškozující chování názvu „*Self-destructive behavior*“. Tento pojem je jistým střechovým termínem pro poškození způsobené s přímým i nepřímým záměrem. Výše uvedený název zahrnuje rizikové chování a sebepoškozování („*Risk-taking*“, „*Self-harm*“), automutilaci („*Automulation*“, „*Self-mutilation*“), a v neposlední řadě také suicidální jednání („*Suicide*“, „*Attempted suicide*“ a „*Parasuicide*“). V oblasti problematiky

sebepoškozujícího chování („*Self-destructive behavior*“) se jako zásadní jeví odlišení záměrného a nezáměrného sebepoškozování. V recentní odborné literatuře je kladen velký důraz na přesné vymezení záměrného sebepoškozování („*Deliberate self-harm*“) a diferenciaci jeho možných podob jako je předávkování/sebetrávení („*Overdosing*“, „*Self-poisoning*“) a dále sebezraňování („*Self-injury*“). V zahraniční literatuře nalezneme také pojmy jako „*self-inflicted violence*“, „*self-injury*“ či „*self-inflicted physical harm*“ (Walsh, 2012, s. 373).

Částečná terminologická nejednotnost je patrná také v níže uvedené tabulce obsahující přehled definic sebepoškozování. V tabulce již uvádí Kriegelová (2008, s. 18) lze nalézt také anglický ekvivalent pojmu spolu se jmény jednotlivých autorů.

Tabulka 1 *Přehled definic záměrného sebepoškozování*

Autor	Definice	Termín v AJ
Kreitman, 1977	Non-fatální akt, při kterém jedinec úmyslně zapříčiní sebezranění či nadužití substance.	<i>Parasuicide</i>
Walsh, Rosen, 1988	Záměrné a dobrovolné poškození vlastní tělesné tkáně bez zřetele na zdravotní rizika a bez úmyslu zemřít.	<i>Self-mutilation</i>
Winchel, Stanley, 1991	Záměrné poškození vlastního těla, jež způsobí narušení tělesných tkání s absencí suicidálního pokusu.	<i>Self-injurious behaviour</i>
Plat tet al.,1992	Akt, ve kterém jedinec úmyslně iniciuje chování vedoucí k sebepoškození, či užije velké množství jisté substance se záměrem změnit svůj fyzický stav.	<i>Self-mutilation</i>
Herpertz, 1995	Opakující se, přímé a cílené fyzické sebepoškození bez úmyslného suicidální intence, která nevede ke zřejmému ohrožení života.	<i>Self-mutilation</i>
Favazza, 1999	Záměrná a přímá destrukce či poškození vlastních tkání bez suicidálního úmyslu.	<i>Self-mutilation</i>
Sutton, 2005	Úmyslné poškození tělesných tkání bez zřejmého záměru ukončit život či bez úmyslu dekorativního.	<i>Deliberate Self-Harm</i>

Také v lexicích lze nalézt jisté terminologické i obsahové odlišnosti v náhledu na problematiku sebepoškozování. Uvedu několik příkladů vymezení pojmu sebepoškozování (automutilace):

Slovník cizích slov definuje automutilaci jako „*Záměrné nebo účelové sebepoškozování.*“ (Zahradníček, 2013, s. 76). V Akademickém slovníku cizích slov je automutilace vymezena jako sebezohavení, sebepoškození vykonané záměrně či jako určitý projev psychózy (Patráčková, Kraus, 1995, s. 84).

V psychologickém slovníku je sebepoškození (*self-mutilation*) definováno jako sebezrazení, autodestrukce, automutilace, a to od polykání předmětů a úrazy až k sebevražedným pokusům (Hartl, Hartlová, 2000, s. 524).

Nejvýstižnější však subjektivně hodnotím definici, již bych ráda citovala v originálním jazyce, která vymezuje sebepoškození jako „*Intentional, low-lethality bodily harm of a social unacceptable nature, performed to reduce and/or communicate psychological distress*“ (Walsh, 2012, s. 4).

Podle Eberlyové lze sebepoškozování vymezit jako každé společensky nepřijatelné jednání, jehož smyslem je svévolné, přímé a většinou opakované poškozování vlastního těla, vedoucí k lehké či středně závažné újmě na zdraví jedince, a to bez suicidálního obsahu či organické psychiatrické příčiny (Platznerová, 2009, s. 17).

V zahraniční literatuře je konkrétně termín *Deliberate Self-Harm* (Chapman, Gratz, 2009, s. 2) vysvětlen jako cílené poškození vlastního těla, nezahrnující však poškození jako je například abúzus alkoholu, drog, kouření či nadužívání projímadel. Vaníčková, Hynčica a Votavová (2010, s. 17-18) uvádějí, že záměrné sebepoškozování (*Deliberate Self-Harm*) může sloužit jako možnost či strategie zvládnání zátěže či únik od bolestivé reality. Záměrné sebepoškozování není novým fenoménem, z historie je známo například sebesrkačství, jež mělo náboženský základ. Později také docházelo k šíření sebepoškozování například ve věznicích, a to zejména na základě nápodoby.

Také soudní psychiatrie a psychologie definuje sebepoškození (automutilaci) jako projev záměrného poškození svého zdraví. Může být spojeno se specifickými poruchami osobnosti či psychotickými poruchami. Například hraniční typ osobnosti si v důsledku zmírnění vnitřní tenze způsobuje řezné rány žiletkou či popáleniny cigaretou. Histriónské osobnosti si způsobují různá zranění, aby navenek projevily, jak byly týrány (Pavlovský, 2004, s. 29). Psychická zátěž narušuje psychickou stabilitu jedince a podněcuje specifické reakce

duševního i fyziologického charakteru, nepřiměřené jednání, může tedy případně směřovat až k vývoji psychických poruch (Pavlovský, 2004, s. 190).

Hlavním motivem záměrného sebepoškození tedy není suicidální záměr. Významným momentem je zde vzniklá bolest, která přehluší bolest psychickou. Na rozdíl od bolesti duševní je fyzická bolest něčím hmatatelným, co lze vlastní vůlí ovládat. Při pocitu bolesti mozek produkuje endogenní morfin, neboli hormon štěstí, který způsobí, že se daná osoba cítí znovu volně a je tak eliminována úzkost a stres. Sebeпоškozující se jedinec vnímá ublížení si jako způsob kontroly a uklidnění. Jedná se tedy o sebezničující zvyk, kterým jedinec manifestuje, že se ocitá v nesnadné situaci, kterou se v dětství nenaučil zvládat. Pro sebepoškození je klíčový také fakt, že manipulace s vlastním tělem vyvolávající tělesnou bolest je snadnější než se zabývat a zároveň také prožívat vlastní, intenzivní duševní bolest (Vaníčková, Hynčica, Votavová, 2010, s. 18-19). Totéž je potvrzeno také v knize nesoucí název *Deliberate Self-Harm in Adolescence*, ve které je sebezraňování definováno jako *způsob vyrovnání se s obtížnými pocity prostřednictvím řezání se, pálením se, předávkováním se léky či vytrháváním si vlasů* (Fox, Hawton, 2004, s. 13).

Také psycholog Michael Carr-Gregg (2013, s. 111-112) vysvětluje, že úmyslné sebepoškození je způsob, jakým se mladí lidé vyrovnávají s obrovským citovým vypětím. K tomuto aktu dochází, má-li dospívající jedinec pocit, že je vystaven neustálému tlaku a sebepoškození je pro něj pomyslný ventil, pomocí kterého se nahromaděné emoce dostanou ven. Sebeпоškození je tedy mechanismus zvládnání stresu. Někteří jedinci sebepoškozením vyjadřují obtížně sdělitelné pocity jako je například nenávisť vůči vlastní osobě, osamělost, pocit viny, vztek, smutek a další. Sebeпоškození je prováděno skrytě a mnohdy je zjištěno až po delší době. Smith, Cox a Saradjian (2002, s. 36) uvádějí, že se tyto osoby dostanou do situace, kdy se zoufale snaží nějakým způsobem komunikovat, vyjádřit své pocity, avšak nejsou toho schopny. Z této situace jsou frustrováni a uchýlí se tak k sebeпоškození. Sebeпоškození jako copingová strategie je potvrzena také v Učebnici psychologie pro sociální obory, ve které je sebepoškození definováno jako záměrné a repetitivní jednání prováděné ve snaze vyrovnat se s nepříznivými psychickými stavy (Kopecká, 2011, s. 146).

Jaké skupiny populace jsou tedy záměrným sebepoškozením hroženy? Vaníčková, Hynčica a Votavová (2010, s. 19) uvádějí, že dle populačních výzkumů je prevalence sebepoškození adolescentů v UK 13,2% a v USA 15,9%. Dále z výzkumů vyplývá, že více ohroženy jsou dívky, v jejichž anamnéze lze nalézt tělesné násilí, sexuální zneužívání,

zanedbávání, emocionální násilí, ztrátu klíčové osoby či separaci od ní. Spouštěčem záměrného sebepoškozování může být koexistence intenzivní a nepříjemné emoce a zároveň nedostatek emocionální podpory ze strany klíčové osoby. V takovém případě může záměrné sebepoškozování být mechanismem zvládnání stresu z aktuálního prožívání, dále mechanismem sebetrestání (pokud byl negativní zážitek vyložen obviněním sebe sama), či jde o prostředek ověření a potvrzení své věrohodnosti či paměti a v neposlední řadě může také sloužit jako způsob ovlivňování a působení na jiné osoby.

Výstižnou explanaci funkcí sebepoškozování podávají Vanderlinden a Vandereyken (In Platznerová, 2009, s. 46):

- Stimulační funkce – únik z negativních prožitků úmyslným procítěním těla, při němž je sebepoškozování užíváno jako kotvící (v originále *self-grounding*) metoda.
- Funkce trestu – cílem je odstranění či eliminování pocitu viny, studu. Může být vyjádřením hněvu za vlastní nedostatek či slabost.
- Relaxační funkce – pocit uspokojení ze somatického prožitku bolesti. Dochází k redukci napětí a uvolnění endorfinů.
- Funkce diverze (odklonění) – dosažení stavu, jenž je podobný transu se záměrem vyhnout se reakci na citový spouštěč či problém.
- Upoutání pozornosti – sebepoškozování může být projevem vlastní síly, či prostředek k dosažení ochrany a péče.
- Funkce alterace – záměrem je dosáhnout neatraktivnosti sebezohyděním jizvami.

Souhrnně lze říci, že motivem sebepoškozování je snaha o únik z nesnadné situace, z nenesitelného emočního stavu, vyjádření niterných pocitů, odvedení pozornosti od jiných potíží, získání kontroly nad vlastní psychikou a tělem, manifestace potřeb, očištění se, snaha způsobit si léčitelná poranění, znovuprožití traumatické události ve snaze o její zpracování, vyjádření, ale také i potlačení sexuality, ochrana před duševní bolestí nebo pokračování ve vzorcích rodičů (Platznerová, 2009, s. 46).

1.2 Sebepoškozující chování a jeho klasifikace

Jak již napovídá název této podkapitoly, přiblížena bude klasifikace sebepoškozujícího jednání. Významným průkopníkem v této problematice je Armando R. Favazza, jenž se pokoušel objasnit funkci tohoto počínání. Jednoznačně izoloval suicidální chování a zá-

měrné sebepoškozování a dále vymežil dva druhy sebepoškozování, jimiž jsou deviantní sebepoškozování a kulturně akceptované sebepoškozování. Dodnes citovaná klasifikační struktura výše uvedeného autora člení deviantní sebepoškozování do tří subtypů, a to na závažné sebepoškozování, stereotypní sebepoškozování a v neposlední řadě mírné sebepoškozování, jež je pro tuto práci stěžejní (Kriegelová, 2008, s. 21).

Sebepoškozující chování je heterogenním souborem zahrnujícím četné způsoby poškození vlastního těla. Jak již bylo výše nastíněno, je v anglicky psané literatuře hojně citován klasifikační systém sebepoškozujícího jednání dle Armanda R. Favazzy (1987). V česky psané literatuře se na něj odkazují autorky Marie Kriegelová i Andrea Platznerová, jež se problematikou sebepoškozování zabývají.

Pro názornou přehlednost uvádím bodově klasifikační systém dle Favazzy, jehož jednotlivé položky budou níže podrobněji vysvětleny (1987):

- Kulturně přijatelné sebepoškozování
- Deviantní sebepoškozování
 - 1) Závažné
 - 2) Stereotypní
 - 3) Mírné
 - Epizodické
 - Repetitivní
 - Mírné

Kulturně akceptovatelné sebepoškozující jednání je sociálně snesitelné chování, které zahrnuje na vlastní změnu zaměřené činy (piercing, tetování, stříhání vlasů). Pro tuto práci je však stěžejní sociálně neakceptované, či jinými slovy deviantní sebepoškozování, jež klasifikujeme do následujících tří kategorií (Kriegelová, 2008, s. 23).

Tři subtypy deviantního sebepoškozování přibližuje Platznerová (2009, s. 18-20):

- Závažné sebepoškozování neboli závažná automutilace (*self-mutilation*) je nejméně častou, avšak nejextrémnější formou sebepoškození. Často vede k trvalým následkům a zmrzačení, je porušen velký objem tkáně (amputace končetiny, kastrace).
- Stereotypní sebepoškozování neboli stereotypní automutilace jsou rytmické, fixní vzorce činů, například bušení hlavou, kousání prstů či paží, stlačování očních bulv. Toto jednání se může vyskytovat u mentálně postižených jedinců či osob s autismem či akutními psychózami. Lze jej také spojit s geneticky podmíněnými syndromy, jako jsou Tourettův syndrom, Lesch-Nyhanův syndrom, či vrozená senzorická neuropatie.
- Mírné neboli povrchové sebepoškozování či automutilace je nejčastější formou sebepoškozování. Důsledkem zpravidla není závažnější poškození tkáňových struktur a zřídka je poškození fatální.

Budeme-li se držet klasifikační struktury dle Favazzy, je mírné deviantní sebepoškozující jednání stěžejním tématem této práce, je tedy samozřejmostí přiblížit klasifikační podskupiny mírného sebepoškození:

- Kompulzivní sebepoškozování – jedná se o repetitivní rituální jednání, mnohdy napomáhající v mnohonásobných epizodách jakou je například onychofagie, trichotilomanie či škrábání kůže. Lze sem začlenit také exkoriaci kůže, skarifikaci (Kriegelová, 2008, s. 23).
- Epizodické sebepoškozování – Favazza jej vymezuje jako sebepoškozování bez předcházejícího promyšlení, jedná se tedy o okamžitou odpověď na emoční spouštěč (Platznerová, 2009, s. 19). Na impulzivní epizodické sebepoškozování je tedy nahlíženo jako na malaadaptivní podobu svépomoci, jelikož přináší úlevu. Jedná se například o zásah do hojící se rány, nepatrné pořezání kůže či carving neboli vyřezávání (Kriegelová, 2008, s. 23). Epizodická forma sebepoškozování však může následkem určitých stresorů vyústit v habituální sebepoškozování (Platznerová, 2009, s. 19).

- Repetitivní sebepoškozování – Marie Kriegelová (2008, s. 23) tento pojem užívá v případě přechodu epizodického jednání v určitou zvykovou odpověď na nepříjemné podněty. Andrea Platznerová (2009, s. 20) repetitivní sebepoškozování vysvětluje také jako reakci na negativní či pozitivní stresory. Podobně jako kuřák potřebuje ve stresu cigaretu, repetitivně poškozující se jedinec volí například ostrý předmět. Postoj některých zahraničních autorů se však liší. Eberly (In Platznerová 2009, s. 20) uvádí, že je sebepoškozování považováno za impulzivní poruchu, jež se vyskytuje často spolu s jinými impulzivními poruchami, jako je například porucha příjmu potravy či kleptomanie. Někteří Američtí autoři doporučují zařazení impulzivní automutilace do klasifikace nemocí jako samostatnou jednotku (Favazza In Platznerová, 2009, s 20).

Hodnocením a klasifikací sebepoškozujícího jednání se v českém prostředí zabývá také Jana Kocourková (Koutek, Kocourková, 2003). Autorka dělí sebepoškozující jednání na pět elementárních termínů:

- Automutilace – jedná se o sebepoškozující jednání pocházející z psychotické poruchy. Může však mít i symbolický obsah. Vyskytuje se u osob s poruchami osobnosti či jedinců se schizofrenií.
- Sebeпоškozování – představuje záměrné, vědomé, mnohdy repetitivní sebepoškozování bez vědomé suicidální tendence. Objevuje se u narušení osobnosti, velmi často hraničního charakteru.
- Syndrom záměrného sebepoškozování – Jedná se o širší náhled na sebepoškozující jednání, jež je vyčleněno ze skupiny sebevražedných pokusů. Výskyt je hojný u osob s poruchami osobnosti, u jedinců se závislostí na návykových substancích či u poruch příjmu potravy.
- Syndrom pořezávaného zápěstí – u syndromu převládá zejména pořezávání zápěstí a předloktí. Nejedná se však o vědomý sebevražedný akt.
- Předávkování se farmaky – představuje nadměrné, neindikované užití léků, kdy se mnohdy jedná o repetitivní chování. Je zde absence suicidálního úmyslu.

Tabulka 2 Klasifikace sebepoškozování dle Kocourkové (Kriegelová, 2008, s. 23).

<u>Způsoby sebepoškozování</u>	<u>Termín (in. orig.)</u>	<u>Popis sebepoškozování</u>
Autostimulace	„ <i>self-mutilation</i> “	Sebeпоškozující jednání pocházející z psychotické poruchy. Může však mít i symbolický obsah.
Sebeпоškozování	„ <i>self-harm</i> “ „ <i>Self-injury</i> “ „ <i>self-wounding</i> “	Záměrné, vědomé, mnohdy repetitivní sebeпоškozování bez vědomé suicidální tendence.
Syndrom záměrného sebeпоškozování	„ <i>delibetace self-harm</i> “	Sebeпоškozující jednání, jež je vylučeno ze skupiny sebevražedných pokusů.
Syndrom pořezávaného zápěstí	„ <i>wrist-cutting</i> “ „ <i>slashing</i> “	Převládá zejména pořezávání zápěstí a předloktí. Nejedná se však o vědomý sebevražedný akt.
Předávkování léky	„ <i>self-poisoning</i> “ „ <i>overdosing</i> “	Nadměrné, neindikované užití léků, kdy se mnohdy jedná o repetitivní chování.

Jelikož se ve výše uvedené terminologii většina novějších pramenů shoduje, v zahraniční literatuře lze nalézt stále polemiky nad přívlastkem „záměrné“ (*Deliberate*). Nyní se tedy pokusím sebeпоškozování s přívlastkem záměrné přiblížit.

Největší zásluhu pro užívání přívlastku „záměrné“ lze připsat Pattisonovi a Kahanovi (1983), jež usilovali o uvedení záměrného sebeпоškozování („*Deliberate Self-Harm Syndrome*“) jako samostatně diagnostikovatelné psychické poruchy. Armando R. Favazza udává, že záměr poškodit se bývá před aktem sebeпоškozování mnohdy vědomý, jiným slovem tedy záměrný (Kriegelová, 2008 s. 31). Favazza také definuje záměrné sebeпоškozování jako přímou a záměrnou destrukci či poškození vlastních tělesných tkání bez suicidálního úmyslu (Kriegelová, 2008, s. 19). I mnoho dalších autorů výrazně podporuje užívání pojmu záměrné sebeпоškozování například Young, 2006, Sutton, 2005, Rodham et al.,

2005 a Hawton (2005 In Kriegelová, 2008, s. 31). Také Světová zdravotnická organizace¹ přívlastek „záměrné“ ve svých metodických materiálech a podkladech oficiálně využívá a také jej schvaluje (Kriegelová, 2008, s. 31). Přívlastek „*Deliberate*“ naznačuje jistou svévoli a promyšlenost. Sebeпоškozující jednání je vždy jednáním atypickým, avšak někdy může být náhlé, spontánní a úroveň povědomí o tomto aktu se může značně lišit (Pembroke, 2005, s. 6).

I když se mnoho autorů v používání jednotné terminologie shoduje, absence mezinárodně uznávaného konsenzu týkajícího se definice záměrného sebeпоškozování je patrná. Setkáváme se tedy v této oblasti s určitou růzností (Kriegelová, 2008, s. 17-18). Terminologická nejednotnost může způsobit mnoho problémů. Vědci bádající v této oblasti mohou získat zkreslené informace a také pro širší veřejnost to může znamenat nejasnost v problematice sebeпоškozování vedoucí v nepochopení a odmítavý postoj k jedincům, kteří se sebeпоškozují. Důsledkem tedy může být obtížné „odtabuizování“ sebeпоškozování (Kriegelová, 2008, s. 17-19).

¹ WHO, Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care, 2004. „Deliberate self-harm“ spadá do kategorie V00-89 v ICD-10. Tento Průvodce vymezuje záměrné sebeпоškozování v rámci dětství a adolescence (Kriegelová, 2008, s 25).

1.3 Metody sebepoškozování

V následující kapitole přiblížím nejčastější metody, jichž je při sebepoškozování využíváno. Volené způsoby sebepoškozování jsou seřazeny chronologicky dle jejich četnosti. Uvedeny budou také procentuální hodnoty. V této podkapitole vysvětlím také vztah preferovaných metod v souvislosti s pohlavím. V závěru budou popsány také nejčastěji užívané nástroje, substance a preferované tělesné partie a důvody jejich výběru.

1.3.1 Specifické metody sebepoškozování

Metody sebepoškozování jsou velmi rozmanité, podle Zilové a Kyselici jsou limitovány pouze fantazií dané osoby. Metody záměrného sebepoškozování jsou v recentních pojetích rozdělovány na sebetrávení/předávkování a sebezraňování, přičemž sebezraňování je v populaci zastoupeno ve větší četnosti. Klinické studie naopak poskytují zcela odlišné informace. Tato nesrovnalost vzniká v důsledku toho, že většina jedinců nevyhledá lékařskou pomoc při superficiálním zranění, naproti tomu při předávkování či sebetrávení je využití lékařské pomoci nezbytné (Kriegelová, 2008, s. 60). Connors (2008, s. 20) uvádí, že absolutně nejčastější jsou poškození spojená s kůží, jimiž jsou řezání, pálení, škrábání, dření a trhání kůže.

Carr-Gregg (2013, s. 112) uvádí výčet forem sebepoškozování v pořadí dle četnosti jejich výskytu následovně:

- řezání se
- pálení se
- předávkování se léky
- užívání škodlivých látek
- bití nebo kousání
- nárazy tělem do tvrdých předmětů
- tahání se za vlasy
- píchání a škrábání se do bolavých míst

Konkrétní metody záměrného sebepoškozování se dle Hawtona (In Kriegelová, 2008, s. 48) v míře svého zastoupení v populaci postižených jedinců liší. V jejich využívání lze zaznamenat i genderové rozdíly. Muži častěji vybírají fatálnější postupy sebepoškozování, mnohdy vyžadující zásah lékaře. Naproti tomu ženy se zraňují superficiálně, či mají blíže

k sebetrávení, frekvence sebepoškozování je však u nich vyšší. Převahu sebepoškozujícího jednání u žen potvrzují také Ougrin, Zundel a Ng (Ougrin, Zundel, Ng, 2009, s. 10).

V níže uvedené tabulce lze nalézt nejčastější a nejznámější metody a způsoby záměrného sebepoškozování (Kriegelová, 2008, s. 61).

Tabulka 3 *Přehled metod záměrného sebepoškozování*

METODY ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ
Sebeřezání, vyřezávání symbolů a nápisů.
Pálení kůže rozžhavenými předměty, či poleptání kůže chemickými roztoky.
Sebeopařování.
Škrábání se.
Škrábání, dření a odstraňování si horní vrstvy kůže se záměrem vytvořit si hlubší poranění.
Sebekousání.
Kousání se do vnitřních částí úst, vytváření ran a jejich opětovné drásání.
Narušování hojivého procesu ran.
Vytrhávání vlasů, obočí, řas (trichotilománie).
Propichování kůže.
Sebetlučení se záměrem způsobit si modřiny, podlitiny či zlomeniny.
Užití menšího množství toxické substance či předmětů za účelem poškození a diskomfortu, ale bez úmyslu zemřít.
Umísťování ostrých předmětů do tělesných otvorů či pod kůži.
Svazování si rukou, nohou či krku za účelem bránění průtoku krve.

Vaníčková, Hynčica a Votavová (2010, s. 21) udávají, že muži volí nejčastěji jako specifickou metodu záměrného sebepoškozování sebetlučení, propichování kůže a řezání se, namísto toho ženy volí jako nejčastější způsob záměrného sebepoškozování řezání se, propichování kůže a teprve až s velkým odstupem je udáváno sebetlučení. Většina jedinců začíná povrchovým sebepořezáním paží či stehem a až posléze zkouší další formy, dokud neskončí u jedné preferované metody. Naproti tomu Ougrin, Zundel a Ng (2009, s. 6) vysvětlují, že zvolené metody mohou přecházet jedna v druhou. Výše uvedené informace potvrzuje také výzkum provedený v Anglii, jehož se zúčastnilo 6020 studentů ve věku 15 a 16 let. Větší výskyt sebepoškozujícího jednání byl zaznamenán u žen (11,2%)

než u mužů (3,2%). Jako hlavní metody byly tímto výzkumem určeny sebeřezání (64,5%) a sebetrávení (30,7%). Zajímavé také je, že pouze 12% těchto případů vedl k nemocničnímu ošetření (Fox, Hawton, 2004, s. 23).

Ve výzkumu provedeném Favazzou a Conterioem na vzorku 250 lidí (z nichž 96% tvořily ženy) bylo procentuální zastoupení preferovaných metod následovné: řezání se 72%, pálení se 35%, sebemučení 30%, narušování hojivého procesu ran 22%, trichotilománie 10% a z 8% je zastoupena metoda, která v české literatuře není zmíněna a to lámání kostí (Walsh, 2012, s. 9).

1.3.2 Nejčastěji užívané nástroje a substance

Užívané nástroje či substance úzce souvisí s preferencí specifických metod záměrného sebepoškození. Často užívaným nástrojem k narušení kůže a řezání se je žiletka či jiný ostrý nástroj, k pálení kůže jsou pak nejčastěji užívány cigarety a zapalovač - časté je například hašení cigarety o pokožku. V akutním okamžiku krize je jedinec schopen upotřebit téměř cokoliv. Jde-li o sebetrávení, nejčastěji aplikovanými substancemi jsou různé druhy medikamentů (volně prodejných i na předpis). Jen malé procento osob využívá ostatní substance k sebetrávení, jimiž jsou například tekuté chemikálie či velké množství alkoholu. Z lékových skupin jsou v hojně míře zneužívána analgetika, antidepresiva hypnotika a sedativa (Kriegelová, 2008, s. 64).

1.3.3 Nejpostiženější tělesné partie

Zaměříme-li se na selekci jednotlivých částí těla, které si jedinec rozhodne poškodit, zjistíme, že nejvíce postiženým místem bývají horní končetiny. Nejméně poté genitálie. Z hlediska procentuálního zastoupení tvoří 74% místa poškození ruce (zejména od zápěstí po loket), 44% nohy (především stehna), 25% oblast břicha, 23% hlava (nejvíce obličejová část hlavy), 18% oblast hrudníku (u žen jsou nejčastější lokací poškození ňadra) a nejmenší procentuální zastoupení zaujímají genitálie s 8% poškození. Důvody výběru partií mohou být různé, mnoho jedinců si však vybírá partie nejsnadnější dostupnosti, jiní jedinci zase preferují místa, jež se dají dobře skrývat před zraky okolí, či je naopak volena zřejmá viditelnost a snadné odhalení. Vybírány bývají také tělesné partie v kontextu jisté asociace se sexuálním násilím či nenáviděnou částí těla (Alderman in Kriegelová, 2008, s. 64-65).

1.4 Rizikové faktory sebepoškození

Jak již název této kapitoly napovídá, bude zde pojednáno o etiologii a kauzálních faktorech záměrného sebepoškození. V této části diplomové práce budou přiblíženy dominantní rizikové faktory a změny psychiky, jež mohou být „spouštěči“ sebepoškození.

Sebeпоškozující chování s velkou pravděpodobností koreluje s biologickými, psychosociálními a rodinnými etiopatogenetickými faktory (Platznerová, 2009, s. 35). V rodinách sebeпоškozujících se jedinců je patrný signifikantně vyšší výskyt sebevražd, což jednoznačně poukazuje na dědičnou podmíněnost sebeпоškození. Pro biologickou podmíněnost lze za charakteristickou považovat nízkou koncentraci kyseliny 5-hydroxyindolové v mozkomíšním moku. Zaregistrována je také snížená prolaktinová reakce, jež indikuje redukci působení hormonu serotoninu v centrálním nervovém systému. Tyto odchylky způsobují zvýšenou impulzivitu a také jistou pohotovost k agresivitě. Významnou je také teorie zvažující možnost, že sebeпоškození souvisí se závislostí na endogenních opioidech. Sebeпоškození tak může být pro určité osoby jistou metodou automedikace. Lze hovořit o momentech s nutkáním ublížit si i v situaci bez evidentního spouštěče. Sebeпоškození je tak připodobňováno k závislosti na drogách. Zaznamenána je také potřeba zvyšování četnosti a závažnosti sebeпоškození, aby byl dosažen podobný účinek. V neposlední řadě zmiňme také dopaminový systém, jehož dysregulace je přítomna u pacientů s Tourettovým syndromem a Leschovým-Nyhanovým syndromem (Platznerová, 2009, s. 35- 36).

Carr-Gregg (2013, s. 113) popisuje rizikové faktory, jež ovlivňují sebeпоškození následovně:

- Úzkostná porucha nebo porucha nálady
- Trauma prodělané v dětském věku či dospívání (sexuální, fyzické, citové zneužívání, šikana, smrt člena rodiny či kamaráda)
- Stres ve škole či v zaměstnání
- Užívání alkoholu, drog
- Napjaté vztahy mezi blízkými příbuznými
- Pocit izolace a odcizení znemožňující postiženému sdělit své pocity jiné osobě.

Carr-Gregg (2013, s. 113-114) uvádí: „*Někteří pacienti se mi svěřili, že sebepoškozování praktikují proto, že to dělá jeden nebo více jejich kamarádů a oni pocítili touhu zkusit to také. Říkají, že jakmile s tím začali, stal se z toho návyk a standardní způsob, jak se vypořádat s nepříjemnými pocity. Sebeubližování odvádí jejich pozornost od emocionální bolesti (od smutku nebo pocitů viny), zmírňuje napětí a funguje jako prostředek, jak lidem kolem sebe (včetně rodičů) nepřímo sdělit, jak jsou zoufalí*“.

Z výše uvedeného tedy zřejmě vyplývá, že klíčovou je v problematice sebepoškozování také osobnostní struktura. Jedinci, kteří se sebepoškozují, mohou mít následující charakteristiky:

- Strádají chronickou úzkostí
- Disponují sklonem k iritabilitě
- Nahlíží na sebe jako na neschopné vyrovnávat se zátěží
- Jsou hypersenzitivní
- Vykazují chronický vztek se sklony potlačovat zlost
- Mívají sníženou schopnost racionálně kontrolovat impulsy
- Disponují sklonem řídit své jednání dle své aktuálního rozpoložení
- Bývají depresivní a disponují sebedestruktivními sklony
- Absence dovednosti racionálně zvládat zátěž
- Častá je tendence k vyhýbavosti
- Trpí pocity bezmocnosti (Platznerová, 2009, s. 37)

Fox a Hawton (2004, s. 25) potvrzují, že k sebepoškození dochází u osob s nízkou sebeúctou, v návalu velkého vzteku, či v důsledku distresu.

Chapman, Gratz (2009, s. 16) uvádějí, že po dlouhou dobu existoval názor, že sebepoškozování trpí pouze jedinci s hraniční poruchou osobnosti, u nichž je charakteristická emoční nestabilita, problémy ve vztazích či s vlastní identitou. Ale nyní je již známo, že se sebepoškozování může objevit také u osob trpících depresivními, úzkostnými, posttraumatickými poruchami či u jedinců s poruchou příjmu potravy. Sebepoškozování se objevuje také u lidí, kteří žádným výše uvedeným problémem netrpí, z čehož vyplývá, že sebepoškozující se jedinec nemusí mít žádnou psychiatrickou poruchou.

Jak uvádí Claes (2003 In Platznerová, 2009, s. 37), je u sebepoškozujících jedinců charakteristická pozitivní korelace s perfekcionismem a neuroticismem, naopak negativní korelace je spojena s otevřeností a extroverzí.

Nyní přejdeme od osobnostních charakteristik k faktorům psychosociálním a rodinným. V odborné literatuře zabývající se problematikou sebepoškozování je udávána také vazba k traumatu, především však k sexuálnímu zneužití, fyzickému týrání a citovému zanedbávání v dětství. Zneužití těžšího stupně, zejména v časném věku a zneužití členem rodiny, vede k markantnější disocializaci a také k závažnějšímu sebepoškozování (Platznerová, 2009, s. 39-40). Tuto přímou souvislost mezi sebepoškozováním a sexuálním zneužíváním dětí potvrzuje také Sanderson (2006, s. 268-269), která vysvětluje, že v dospělosti tendují k „přebírání“ odpovědnosti za jednání druhých. Sebepoškozování je tedy spojeno s nevyřešenými interpersonálními a ranými citovými traumaty a také s post-traumatickou stresovou poruchou.

Etiologický faktor přítomen u sebepoškozujících se jedinců je tzv. invalidace (v originále *invalidation*) jedná se o zpochybnění právoplatnosti, odůvodněnosti a správnosti svých citových pohnutek. Poškozující se osoby disponují přesvědčením, že mají nesprávné, zakázané pocity pramenící z dysfunkčních či afunkčních primárních rodin. Charakteristikou těchto rodin je absence modelových rolí, dle nichž by si dítě vštípilo způsoby, jak správně překonávat stresové situace (Platznerová, 2009, s. 40). Kolk, Perry, Herman (1991 In Platznerová, 2009, s. 41) uvádějí, že stálá invalidce může vést k podvědomému sebezpochybňování, k pocitům nedůležitosti či k nedůvěře v sebe samého. Sebepoškozování tak může sloužit jako forma trestu či jako určitá manifestace negativních emocí (Fox, Hawton, 2004, s. 25).

Zajímavý je také postoj Younga (2003 In Platznerová, 2009, s. 41-42), který vychází z premisy, že základnou duševních problémů člověka jsou tzv. brzká malaadaptivní schémata (v originále *Early Malaadaptive Schemas*), což jsou signifikantně dysfunkční vzorce, které se vztahují k sebepojetí a k přístupu k ostatním lidem. Tato schémata se vytvořila v dětství a upevnila se postupem života. Schémata neboli vzorce sestávají z emocí, kognicí, vzpomínek či tělesných vjemů. Young těchto schémat vymezil osmnáct, z nichž některá vysvětlují sebepoškozování.

Jedná se o schéma trestání neboli represivity, emoční deprivace, nedostatek sebekontroly a nestabilita. Přibližme tedy význam jednotlivých schémat podrobněji.

- **Schéma trestání** – představa, že je nezbytné mít vztek na každého, včetně sebe, který není schopen splnit přehnaně velká očekávání. Rodiče takového jedince neprojevovali vůči této osobě potřebné množství lásky a jejich láska byla často podmíněna kvalitním výsledkem.
- **Emoční deprivace** – představa, že okolí nikdy nenaplní citové požadavky dané osoby.
- **Nedostatek sebekontroly** – neschopnost ovládat impulsy a emoce. Predisponovány jsou děti, jejichž rodiče jim nebyli správným vzorem sebekontroly či své děti nedovedli usměrnit.
- **Nestabilita** – dotyčný předpokládá, že v každém důležitém vztahu mu hrozí opuštění. Obává se ztráty každého, ke komu pociťuje emoční pouto (Platznerová, 2009, s. 42).

Zajímavá je také hypotéza Zlotnicka (1996 In Platznerová, 2009, s. 42) o spojitosti sebepoškozování s alexitymií. Sebepoškozování chápe jako substituci za slovní expresi prožívaného. Záměrem tohoto aktu je nechat své okolí prožít a procítit vlastní nesdělitelné emoce.

Z výše uvedeného tedy zřetelně vyplývá jasná vazba biologických, psychosociálních a rodinných či sociálních vlivů na sebepoškozující se jedince. Přejdeme však k přímým, vědomým důvodům a spouštěčům sebepoškozování, jak jsou udávány Světovou zdravotnickou organizací.

National Health Service ve Velké Británii diferencuje tři základní druhy faktorů:

- **Dlouhodobé faktory**, mezi něž je zařazena brzká ztráta, oddělení od pečující osoby, odmítavý, či v opačném případě hyperprotektivní vztah pečujícího člověka. Mezi dlouhodobé faktory dále patří tělesné, duševní a sexuální zneužívání, a to zejména v dětství, dále osobnostní charakteristiky trvalé povahy a duševní onemocnění.
- **Krátkodobé faktory** jsou aktuální potíže ve vztahu s blízkým člověkem, studijní a pracovní nesnáze, strádání v oblasti sociální podpory, zdravotní potíže, zhoršení příznaků či průběhu psychické nemoci nebo užívání návykových látek.

- **Precipitující faktory** označují stresové činitele, přítomní jen několik dní před samotným aktem záměrného sebepoškození. Lze sem zařadit náhlá událost ve spojitosti s blízkou osobou, úmrtí či jiná přetrvávající ztráta blízkého člověka či materiální problémy (Kriegelová, 2008, s. 67).

Životní události mají evidentní vliv na projevy a také vznik záměrného sebepoškození. Dětství poškozujících se osob bývá mnohdy charakteristické závažnými problémy rodičů při zacházení s emocemi a elementárními potřebami a požadavky dítěte. Opomíjena by také neměla být jistá genetická predispozice pro počátek onemocnění psychické povahy. V dětství a adolescenci má tedy významnou roli situace rodiny (Koutek, Kocourková, 2003, s. 40-41). Děti z takto nefunkčních rodin vykazují poruchy chování, psychosomatické potíže, sníženou sebeúctu a sebedůvěru, poruchy spánku, přítomno je neustálé napětí a neklid. Tito jedinci jednají agresivně a mohou mít suicidální myšlenky (Ševčík, 2011, s. 121).

Důvodů, proč dospívající spadají do rizikové skupiny, u níž může dojít k záměrnému sebepoškození, je několik. Dospívající vykazují vyšší vulnerabilitu, jsou nadměrně senzitivní, emočně nestabilní, vykazují nižší odolnost vůči psychické zátěži a nedisponují dostatečným souborem strategií při řešení obtížných životních událostí (Špatenková, 2011, s. 142).

Nejen školní neúspěšnost, špatný prospěch či nefunkční školní kolektiv a vrstevnické vztahy jsou činiteli ovlivňujícími psychický stav jedince. Také fyzická stránka či chronické onemocnění má v jednotlivých případech významný vliv, jelikož souvisí s duševními obtížemi, poruchami přizpůsobení či depresivním prožíváním. V adolescenci může být na chronická onemocnění nahlíženo jako na nemalé znevýhodnění, které může ztěžovat navazování interakcí s opačným pohlavím. (Koutek, Kocourková, 2003, s. 42-43). Zůstane-li v rovině partnerských vztahů, King a McKeown (2003 In Kriegelová, 2008, s. 76) uvádějí, že sexuální orientace a identita je velmi významným faktorem, jelikož bisexuální, homosexuální a transsexuální jedinci jsou mnohdy obětmi šikany či násilí, tendují tak daleko více k záměrnému poškození. Větší riziko potvrzují také zahraniční výzkumy. Například Department of Health (2007 In Hafford-Letchfield, Dunk-West, 2011, s. 32) vysvětluje, že zejména lesbické a bisexuální ženy záměrným sebepoškozením ohroženy dvakrát více. Rodgam a Hawton (2006, s. 81) objasňují, že tyto ženy jsou ohroženy dokonce čtyřikrát více a muži dvakrát více.

Dle Fischera a Škody (2009, s. 85) tendují k sebepoškozování následující skupiny populace:

- Jedinci, kteří byli sexuálně zneužiti či sexuálně týráni. Tyto osoby vnímají své tělo jako poskvrněné a jeho poškození je tak určitou formou trestu.
- Sebepoškozením jsou více ohroženy ženy, jelikož tendují k sebeobviňování daleko více než muži.
- Mladí lidé, u nichž je jistá absence strategií potřebných k zvládnutí obtížných situací a problémů.
- Osoby trpící duševními poruchami. Jedná se například o jedince s histriónskou či infantilní poruchou, či osoby trpící psychózami. Poruchou, s níž může být spojeno sebepoškozující jednání, je také maniodepresivní psychóza.² Vzniká již před 10. rokem věku a charakterizuje ji střídání depresivních a manických fází. Manický stav se projevuje zvýšeným napětím, mnohdy až tryskem myšlení. Symptomy objevující se v depresivní fázi jsou nechutenství, zarmoucenost, deprese vedoucí k sebeobviňování a mnohdy i k suicidálním myšlenkám (Langer, 2001 s. 340).

Přejdeme tedy z hlediska sociálního a fyzického zpět k oblasti emocionální, neboť subjektivní prožívání životních událostí a situačních okolností jsou těmi nejvíce signifikantními pro sebepoškozující jednání.

Pocity sebepoškozujících osob jsou stručným, avšak, dle mého názoru, výstižným způsobem popsány Walshem (2012, s. 8) následovně:

- Smutek
- Vztek
- Pocity viny a studu
- Napětí, úzkost
- Frustrace
- Opovržení

² nyní označovaná jako bipolární afektivní porucha (Látalová, 2010, s. 19).

V závěru této kapitoly přikládám tabulku shrnující nejčastější faktory záměrného sebepoškození, a to dle Suttonové (In Kriegelová, 2008, s. 68). V této tabulce jsou uvedeny dlouhodobé, krátkodobé i precipitující faktory.

Tabulka 4 *Faktory záměrného sebepoškození*

FAKTORY ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ DLE SUTTONOVÉ
Dlouhodobé zneužívání v období dětství
Znovuoživené vzpomínky na zneužívání
Zneužívání držené v tajnosti
Znásilnění
Separace od primárně pečující osoby
Ztráta důležité osoby
Alkoholismus u blízké osoby
Týrání
Zanedbávání jedince v dětském věku či jeho opuštění
Nedostatek tělesného kontaktu dítěte s pečující osobou
Rozvod rodičů
Zneužívání dítěte při řešení manželských potíží rodičů
Prožitek devalvace vlastní identity okolím či skrývání identity
Potíže s pohlavní identitou
Nedostatek vlastní kontroly, pocit jedince být ovládán svým okolím
Jedinec se cítí být nepochopen okolím
Opětovná zrazení důležitou osobou
Jedinec je uzavřený ve smutku a úzkosti
Malá sebeúcta, sebevědomí, sebehodnocení
Pochybnosti a pocity vlastní neschopnosti
Nenávist vůbec k sobě samému
Pocity dušení prázdnoty a osamocení

2 ADOLESCENCE A SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Adolescence je obdobím, kdy se dospívající člověk již necítí být dítětem. Jedná se o etapu plnou intenzivních emocí, s nimiž se mladý člověk denně potýká a učí se nalézt a prosadit vlastní identitu. Objeví-li se však problém například se přijetím sebe sama, úzkosti, nenávisť k vlastní osobě, či dokonce úvahy o sebevraždě, je třeba podat bez zaváhání pomocnou ruku. Abychom tak mohli učinit, je nezbytné porozumět prožitkům, jež se nacházejí ve spektru normality, a které tuto hranici již překročily.

Záměrné sebepoškozování je principální problém zejména v období dospívání (Vaníčková, Hynčica, Votavová, 2010, s. 19). Jak uvádí Anderson (In Rustin, Quagliata, 2000, s. 162) V této životní etapě dramaticky stoupá riziko sebepoškozujícího jednání. Vaníčková, Hynčica a Votavová (2010, s. 19) vysvětlují, že sebepoškozující malaadaptivní jednání je v posledních letech stále na vzestupu a jeho nositel si jej s sebou mnohdy nese i do dospělosti. Favazza a Rosenthal uvádějí, že zásadní problém identifikace je podceňování dopadů na fyzické u duševní zdraví v dlouhodobé perspektivě a širším kontextu.

Sled významných změn během období dospívání nezahrnuje pouze somatický rozvoj a mohutnění, ale signifikantní je i modifikace sebepojetí, hledání cesty v interpersonálních vztazích a také rozvoj kritického myšlení. V tomto období jsou tvořeny také stálejší osobnostní rysy, povahové vlastnosti, dospívající zkoušejí rozličné role a následně je modifikují a přizpůsobují reakcím svého okolí. Adolescenti hledají odpovědi na různé existenciální záležitosti. Mnohdy dochází ke klesání sebedůvěry či pocitu vnitřní nepohody a zmatku. To vše bývá provázáno nečekanými a silnými citovými prožitky, jež je často velmi těžké s úspěchem regulovat. Nálady mají tendenci, mnohem více než u dospělých jedinců, fluktuovat od pocitu extrémní radosti k extrémnímu smutku a opačně. Většina adolescentů však tímto obdobím úspěšně prochází a jejich citové prožitky bývají pod racionální kontrolou. U některých osob však dochází k obtížím a především častá neschopnost rozumově kontrolovat silnou emotivitu je jedním z možných faktorů počátku záměrného sebepoškozování v adolescentním období (Kriegelová, 2008, s. 49).

Chowanec (1991 In Kriegelová, 2008, s. 49). Hovoří o záměrném sebepoškozování jako o snaze citově přetíženého jedince přizpůsobit se dané stresové situaci. Adolescence je tak tedy etapou života, kdy je prevalence sebepoškozování největší. Recentní studie uvádějí, že vznik záměrného sebepoškozování začíná nejčastěji v období mladší adolescence (Kriegelová, 2008, s. 48-49). Totéž bylo predikováno i ve dřívějších studiích, například Favazza

(1987 In Kriegelová, 2008, s. 48) stanovuje věk 14 let jako hranici prvotní epizody záměrného sebepoškozování. Levenkron (1989 In Kriegelová, 2008, s. 48) tento údaj snižuje a za období vzniku pokládá již 13. rok věku.

2.1 Vymezení pojmu adolescence

Pojem adolescence vychází z latinského slova *adolescere* (dozrávat, dorůstat, dospívat, mohutnět). Jako pojem označující konkrétní etapu života byl poprvé použit v 15. století (Macek, 2003, s. 9). Jedná se o období intenzivních změn, náladovosti, neukázněnosti a protestů. Přítomno je také „zintenzivňování pocitů“, adolescenti prožívají emoce mnohem intenzivněji. Dochází tak k prudkému návalu emocí (Carr-Gregg, 2013, s. 25).

Vágnerová (2012, s. 367) uvádí, že období dospívání – adolescence je desetiletím života (10-20 let), ve kterém se komplexně mění osobnost jedince po stránce tělesné, psychické a sociální. Změny jsou determinovány biologicky, avšak významný podíl mají psychické a sociální vlivy. Adolescence podléhá také společenským a kulturním okolnostem, v nichž jsou stanovena očekávání a nároky směrem k dospívajícím. Úkolem adolescenta je vypořádat se s touto proměnou. Adolescence je etapou přehodnocování a hledání. Výsledkem by měla být subjektivně uspokojivá a vyspělejší podoba identity jedince.

Adolescence (v české terminologii označována jako mládí) je většinou časově vymezena rozmezím patnáct až dvacet let. Počátek je vázán s reprodukční zralostí. Po završení adolescence kritériím biologické povahy již není přikládána taková důležitost. Hlavními se stávají psychologická měřítka (dosažení autonomie) či sociologická a pedagogická hlediska (ukončení vzdělávání, přijetí role dospělého). Adolescence je tedy stadium mezi dětstvím a dospělostí (Macek, 2003, s. 9).

Nyní budou uvedeny definice pojmu adolescence v lexicích:

Slovník sociologických pojmů (2012, s. 12) vymezuje adolescenci následovně: „Období života navazující na pubescenci (obvykle vymezení mezi 14. a 18. až 22. rokem věku). V anglosaském písemnictví zahrnuje i pubescenci. Ze sociologického hlediska jde o období, kdy se dospívající učí hrát roli dospělého člověka, zapojit se do společenského života a institucí společnosti. Je to jakási vložka mezi dětstvím a dospělostí. Jde o to, aby byl schopen sám rozeznat svou sociální pozici a vědět, co po něm společnost chce. Jde o ob-

dobí ambivalentní, protože mladý člověk se současně zaučuje do života ve společnosti a zároveň se vůči ní často kriticky vymezuje.“

Andragogický slovník (2012, s. 17) charakterizuje adolescenci jako „*období dospívání jedince, v němž se uskutečňují mentální a tělesné změny vyznačující přechod od dětství do dospělého věku. Ve vývojové psychologii není jednotné vymezení počátku a ukončení adolescence. Langmerier a Krejčířová (2006) člení dospívání na období pubescence (zhruba 11-15 let) a adolescence (zhruba 15-22 let), s velkými interindividuálními rozdíly.*“ Z andragogického a pedagogického pohledu je adolescence důležitou etapou života zejména proto, že většina jedinců zakončuje na jeho začátku povinnou školní docházku a vybírá si další směr, jakým se bude jeho vzdělávání ubírat (Andragogický slovník, 2012, s. 17).

2.2 Fáze adolescence

Jak již název této podkapitoly napovídá, přiblíženy budou jednotlivá stádia adolescentního období. Objasněny budou také základní charakteristiky jednotlivých fází a změny, ke kterým dochází. Centrum zájmu však bude zejména stránka emocionální a duševní vývoj.

2.2.1 Raná adolescence

Raná adolescence (pubescence) je časově vymezena mezi jedenáctým až patnáctým rokem. Nejvýraznější jsou změny somatické, zejména pohlavní dozrávání. Hlavním faktorem ovlivňujícím sebepojetí se stává zevnějšek. Mění se také způsob myšlení (abstrakce) a emoční prožívání (Vágnerová, 2012, s. 369). Raná adolescence je dobou intenzivních somatických změn, které mohou být provázeny sklíčeností, jejíž příčinou je vlastní vzhled, rychlý růst a sexualita. Jedná se o období charakteristické přecitlivělostí a nízkým sebevědomím. Dospívající tráví mnoho času s obavami týkající se jejich schopností a nedostatků. Dítě vyžaduje své soukromí a obvykle se před svými příbuznými uzavře. S rodiči komunikuje z velké části jednoslabičně. Bouřlivé chování je zapříčiněno přemírou hormonů a současně nedostatkem kognitivních zábran potřebných k tomu, aby jednali jako zralí jedinci. Mozek adolescenta je stále ve vývinu, je tedy velmi citlivý na alkohol či jiné látky (Carr-Gregg, 2013 s. 26-27).

Jak uvádí norská profesorka psychologie Jane Kröger (2007, s. 68), je většina dospívajících mnohem více smířená s biologickými změnami, naproti tomu otázka identity je v tomto období stavěna na přední místo.

2.2.2 Střední adolescence

Střední adolescenci lze vymezit časovým intervalem čtrnáct až šestnáct let (Macek, 2003, s. 10). Charakteristickým znakem střední adolescence je intenzivní zájem o kamarády, vrstevníky a současně uvolnění citových pout k rodičům. Dospívající často s despektem odmítají autority a svou identitu a individualitu získávají pomocí hudby, oblečení, účesů a také riskantního chování (Carr-Gregg, 2013, s. 27-28). Toto výrazné odlišování se a vyhraňování se vůči okolí potvrzuje i Macek (2003, s. 36) který uvádí, že se v této etapě adolescenti jinak oblékají, vyhledávají specifickou hudbu atd. Toto období je charakterizováno jako určitý způsob života, respektive kultura mládeže. V této etapě dochází k hledání vlastní autentičnosti a jedinečnosti. Oproti změnám v časně fázi dospívání, je střední adolescence typická tím, že si změny dospívající jedinci způsobují sami. Tyto odlišné postoje ke specifickému oblékání a módě zvyšují příslušnost ke skupině.

Jak uvádí Kröger (2007, s. 78) kamarádství a sociální interakce s kamarády zastává důležitou funkci ve vývoji identity. Nastává přesun od autority a rodičovské kontroly směrem k individualitě jedince a převzetí odpovědnosti za učiněná rozhodnutí. Kamarádství „nastavuje zrcadla“ a je tedy pro adolescenta velmi důležitou zpětnou vazbou.

2.2.3 Pozdní adolescence

V období pozdní adolescence dochází ke smíření se s vlastní identitou, vztahy s dospělými jsou spíše založeny na lásce a úctě. Mladý člověk si uvědomuje, že rodiče, i materiální pomoc a zázemí od nich potřebují. V této etapě života dochází k plánování budoucnosti, vytyčení cílů a způsobů, jak jich dosáhnout (Carr-Gregg, 2013, s. 28). Úkolem pozdní adolescence je, aby jedinec pochopil sám sebe, osamostatnil se o oblastech, ve kterých to společnost požaduje, a určil si cíle, k jakým by chtěl v budoucnu dospět. Problémem však může být jistá nevyrovnanost mezi somatickým, duševním a sociálním vývojem, jejichž tempa jsou mnohdy odlišná (Vágnerová, 2012, s. 372). Posíleno je sociální hledisko identity, potřeba patřit někam, být součástí něčeho, něco s jinými lidmi sdílet (Macek, 2003, s. 36).

2.3 Psychické problémy v adolescenci

Dospívání je specifickým obdobím života, jenž bývá mnohdy nazýváno jako "kritické". Adolescence může tedy být ve svých důsledcích "krizí" nejen pro dospívajícího jedince, ale i pro ostatní a to především pro rodiče. Objevují se odpoutávání od rodičů a hledání své vlastní identity. Příznačná otázka dospívání je "Kdo jsem?". Dospívající se ocitá uprostřed

dvou etap života. Již není dítě, ale také stále není dospělým jedincem. Proto dochází k vymezení se vůči dětem a také vůči dospělým. Adolescent vykazuje "opoziční postavení vůči všem", chce být odlišný od svých rodičů. Adolescence je obdobím zájmu o nové věci, jiné hodnoty, dospívající má jiné modely chování a mají také potíže se sebou samým. Typický je negativismus, střídání nálady, problémy se soustředěním, strach, pasivita, či naopak rebelie, pocit osamělosti a v některých případech sebenenávist. Dospívající je často nespokojen sám se sebou po fyzické i po psychické stránce. Stejným způsobem není také spokojen s vlastním okolím, má sklon k nadměrnému kritizování či idealizování si určitých jedinců. V případě pozitivní konotace imituje jejich způsob vyjadřování, oblékání, styl života (Špatenková, 2004, s. 60).

V adolescenci tedy dochází k přehodnocení svých vztahů k rodičům, vrstevníkům, obecně k celé společnosti. Je to období velkých psychických změn a požadavků. Duševnímu zdraví jedince v období adolescence hrozí řada nebezpečí, ať už se jedná o strach z posměchu, šikany či trápení se vlastním vzhledem. Australský psycholog Michael Carr-Gregg (2013, s. 35-38) vysvětluje, že dospívající jedinec žije v pěti vzájemně se překrývajících se světech, které v sobě obsahují ochranné i rizikové faktory. Těmito světy jsou:

- 1) **Vnitřní svět:** Signálem, že je něco v nepořádku, může být například: intenzivní podrážděnost, nepolevující smutek, nemožnost zotavení se z prožité stresové situace, rigidní myšlení či posedlost sebevraždou.
- 2) **Rodina:** Rizikovým faktorem v této oblasti může být nadměrná závislost na rodičích, či v opačném případě nenávist vůči nim, neochota přijmout hranice a pravidla a v neposlední řadě časté konflikty mezi sourozenci.
- 3) **Skupina vrstevníků:** Varovným znakem v této oblasti může být cílená neúčast na obvyklých společenských akcích, absence kamarádů a zálib, náhlá změna v partě kamarádů, či násilnické projevy mezi nimi. Dospívající však také může mít kamarády, kteří se sebepoškozují či zneužívají zakázaných látek.
- 4) **Škola:** důležité je zaregistrovat náhlé zhoršení prospěchu, nesoustředěnost, nepozornost, absence jakékoliv vazby k pedagogům, záškoláctví, odpor ke vzdělávání, ke škole.
- 5) **Internet:** Dospívající jedinec se může stát obětí kyberšikany, závislý na internetu (svůj volný čas tráví výhradně na internetu), lže o času stráveném na internetu, rozesílá soubory s nevhodným obsahem (násilí, ponižování).

Výše uvedených pět světů, ve kterých se odehrává život dospívajícího člověka, nejsou jediným znakem adolescence. Dospívající musí během tohoto období splnit také čtyři hlavní úkoly a to:

- 1) **Vybudovat si pozitivní identitu**: nalézt odpověď na otázku: „Kým jsem?“ Jedná se o cestu k sebepřijetí a k sebeporozumění. Jedná se například o ověření si vlastních schopností při činnostech jako je hudba, sport, malování, tanec a další. Tyto činnosti přinášejí jistý systém a řád do života adolescentů a také jim poskytují kontakt s vrstevníky i dospělými se stejnými zájmy a jenž se mohou také stát jejich rádci.
- 2) **stát se nezávislým**: dalším náročným úkolem je dospět k citové autonomii, nebýt závislý na rodičích či ostatních dospělých a vybudovat si vazby mimo rodiny.
- 3) **Vybudovat si silné přátelské vazby**: v období adolescence je strávený čas s přáteli velmi důležitý a intenzivní. Podstatné je být přijímán vrstevníky a přáteli.
- 4) **Nalézt své místo ve světě**: aby mladý člověk dospěl svým pracovním úsilím k nezávislosti a našel tak své místo v životě, musí mít kladný přístup ke škole. Výzkumy ukazují, že pozitivní vztahy s pedagogy jsou klíčovým faktorem ovlivňujícím studijní výsledky, čímž jejich život může nabýt pozitivní směr (Carr-Gregg, 2013, s. 33-35).

3 PREVENCE SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

V následující kapitole nastíním možnou prevenci, tedy způsoby a metody, jakými lze zabránit vzniku, či samotnému aktu sebepoškozujícího jednání. Popsána bude prevence ze strany rodiny, rodinných příslušníků, také vzdělávacích institucí, jelikož jsou podstatnou součástí adolescentova života. Zejména rodičům adolescentů budou v několika následujících stranách poskytnuty důležité informace a rady, jak se svým potomkem komunikovat, popřípadě co mít na paměti, dojde-li k sebepoškození. Nejprve však vysvětlím, co si přesně lze pod pojmem prevence představit.

Výraz prevence pochází z latinského *praeventus* (ochrana, zákon předem). Tímto termínem je zpravidla označováno předcházení různorodým procesům se zápornými důsledky pro existenci a vývoj člověka. Souvisí s rozmanitými civilizačními fenomény (mnohdy s potenciálními deviacemi) a jejich dopady (Sborník prevence sociálně patologických jevů, 2007, s. 53).

Platznerová (2009, s. 115) upozorňuje na naprosto nedostatečné množství literatury orientované na efektivní možnosti předcházení sebepoškozujícímu jednání. Vysvětluje, že v této oblasti je nutné provést výzkum. Potencionálně efektivní strategie prevence lze vydedukovat z primárních příčin, které vedou k prvnímu aktu sebepoškození a poté ke kontinuitě v sebepoškozujícím jednání. Lze vycházet ze skutečnosti, že motivem k sebepoškození bývá nemožnost nalézt uspokojivý způsob či techniku vyrovnávání se s psychickou zátěží a negativními pocity. Je možné se tedy domnívat, že preventivní (a léčebná) opatření budou obsahovat techniky vedoucí k posílení kapacity adolescenta zvládat nepříznivé životní situace a psychické vypětí. Nejedna studie prokázala, že jedním z nejudávanějších důvodů, kvůli kterým se tyto jedinci rozhodli nadále nepoškozovat, je naučení se jiným mechanismům překonávání stresové a zátěžové situace (Whitlock 2007 In Platznerová, 2009, s. 115). Osvojit si techniky nutné ke zvládnutí stresu je jedním z elementárních prvků dialektické behaviorální terapie, kterou podrobněji popíšu v následující kapitole.

Jak uvádí Platznerová (2009, s. 115) odborníci z oboru psychologie a psychiatrie se shodli, že zvládání zátěže v populaci dospívajících a mladých dospělých postupně klesá a lze se domnívat, že posilování schopnosti vyrovnávání se zátěží by mělo být elementem cílené i univerzální prevence. Například zahrnutí této problematiky do učebních osnov a pomoci tak adolescentům poznat a vyzkoušet různé techniky překonávání zátěže, stresové situace a negativních pocitů.

Dalším faktem, z něhož je možné u sebepoškozování vycházet, je problematičnost společenských vazeb sebepoškozujících se jedinců. Uvedme například vysokou míru pocitu osamělosti, dále méně pevnou sociální síť a absenci lásky a srdečnosti v rodinných vztazích, v některých případech je přítomna anamnéza sexuálního či psychického zneužití (Yates 2004, Whitcock, 2006 In Platznerová, 2009, s. 116). Na výše uvedeném je přímo závislá nízká sebedůvěra, pocity neautentičnosti a „neviditelnosti“. Přístupy, díky nimž dospívající jedinci poznávají své silné stránky a naučí se je rozvíjet, jim pomohou zformovat si pozitivnější postoj k sobě samým. Tato důležitá transformace může eliminovat závislost na potenciálních nepříznivých mechanismech vypořádání se zátěžovými situacemi (Platznerová, 2009, s. 116).

Pro vývoj psychické odolnosti u dospívající osoby je dle Hoskovcové (2009, s. 33) rozhodující především sebekontrola ve značném rozsahu. Posilovat tuto duševní odolnost lze například vyvážeností nároků na děti, vysvětlením příkazů a zákazů, zejména potřeba znát smysl zákazu či příkazu bývá v adolescenci akutní. Dále je důležité, aby si dospívající dovedl vytvořit teorii o svých zdarech a nezdarech.

Nezbytné je umět racionálně zhodnotit konkrétní výkon a naučit se správně přistupovat k neúspěchu, stanovit důvody neúspěchu, popřípadě naznačit směr řešení situace (Hoskovcová, 2009, s. 80). Je třeba naučit dítě určitým strategiím řešení náročných situací. Pro krizi a stresové situace je charakteristický sklon ke stereotypnímu chování, opakování identických vzorců chování, i když se v praxi nemusely osvědčit a nesměřovaly k vyřešení problému. Z tohoto důvodu je důležité mít vštípeny tyto konstruktivní stereotypy ve vztahu k obtížným situacím či konfliktům (Hoskovcová, 2009, s. 177).

Ve většině studií je naznačeno, že strategie zaměřené na zvýšení informovanosti o sebepoškozování (detailně o jeho specifických praktikách a formách) například skrze jednorázové edukační činnosti (workshopy) pro širší veřejnost či na mladistvé, jsou mnohdy neefektivní, v horším případě samy způsobují zvýšení výskytu jednání, které je primárním cílem redukovat (Levin, Smolak 2005 In Platznerová s. 116). Markantní negativní účinek byl zaznamenán zvláště mezi studenty středních a vysokých škol. Je tedy nevhodné šířit velmi podrobné, či úplně detailní informace o sebepoškozování, zejména ve velkých seskupeních mladistvých. Přínosným ale je, aby dospělí, kteří pracují s dospívajícími, měli o sebepoškozování povědomí a znali hlavní jeho symptomy. Nutné je, aby věděli, jak postupovat mají-li podezření, či vědí, že si někdo ubližuje, a jak postupovat při předávání této osoby do specializované péče. Na druhé straně studie poukazují na fakt, že se nejdříve o sebepo-

škozujícím jednání svých vrstevníků dozvědí kamarádi a spolužáci dotyčného či dotyčné. Jsou tedy postaveni do pole primárního kontaktu v detekci a potencionální intervenci sebe-poškození. Souhlasně s doporučením vycházejícím ze studií vyhnout se obrovskému šíření detailních informací o specifických formách sebe-poškození mezi mladistvými, radí odborníci zaměřit se na strategie pomáhající zlepšit dovednosti adolescentů vyzorovat na svých spolužácích a kamarádech obecné příznaky distresu. Sebe-poškození může být jednou z forem ze skupiny projevů v jednání, jež je nezbytně nutné naučit adolescenty vnímat (dalšími mohou být poruchy příjmu potravy, deprese). Ale také zde platí udání pouze elementárních informací a vyhnout se zevrubné deskripci forem a technik sebe-poškození. V neposlední řadě je nesmírně významné vést adolescenty k tomu, aby neváhali požádat o radu a pomoc zkušenější osobu a naučit je strategiím pro vyhledání pomoci. Mezi mládeží je vžitá tendence být loajální a v případě objevení sebe-poškození u spolužáka nebo kamaráda nedojde k oznámení tohoto faktu dospělému. Změna těchto vžitých přístupů spolu s „odtabuizováním“ komunikace o psychice a emocích s dospělými by jistě mnohé změnila (Platznerová, 2009, s. 117). V následující podkapitole se tedy zaměřím na konkrétní pokyny pro zlepšení a zkvalitnění komunikace s dospívajícími jedinci, či rady, jak poznat varovné signály distresu.

3.1 Prevence ze strany rodiny

Čím více informací rodiče o jednotlivých fázích adolescence mají, tím snazší pro ně je odhalit, že se něco s jejich dítětem děje, a šance včas zasáhnout se tak mnohonásobně zvyšují.

Schopnost rodiny, zejména rodičů, poznat u svých dětí psychický problém je, i přes snahu zdravotní osvěty, na nepříjemně nízkém stupni. Zčásti jsou za to odpovědní i rodiče, kteří mají mnohdy snahu věci bagatelizovat. Všimnou-li si, že v chování jejich dítěte není vše v pořádku, rozhodnou se, mnohdy z obavy či nevědomosti, předstírat, že se nic závažného neděje. Očekávají, že problém sám odezní, nebo je na něj často nazíráno jako na „období“, které musí adolescent překonat. Čím déle neřešení problému trvá, tím více se potíže prohloubí a rozvinou a jejich následné řešení či léčba se stane obtížnější. Předsudky a stigmatizace tendují ke snaze „nepřipustit si“, že se může jednat o reálné psychické onemocnění (Carr-Gregg, 2013, s. 17-18).

Důležité je zvýšení citové gramotnosti rodičů a vysvětlení jim, jaké kroky lze podniknout, když jejich dospívající syn nebo dcera ztratí psychickou jistotu (Carr-Gregg, 2013, s. 18). V případě potřeby je vhodná účast rodičů spolu s dítětem na terapii či skupinovém výcviku, jenž je doporučen odborníkem. Očekávali rodič od svého potomka schopnost přijetí pomoci od cizí osoby, musí být ochoten ji přijmout také (Carr-Gregg, 2013, s. 23-24).

Rodiče by neměli zapomínat, že jsou za psychické i fyzické zdraví svých potomků zodpovědní. Nezbytné je, aby uměli se svým dítětem, pro něj akceptovatelným způsobem, komunikovat a aby vzájemné rozhovory byly upřímné (Carr-Gregg, 2013, s. 32). Opomíjen by neměl být fakt, že každý jedinec je individualitou, má svůj vnitřní svět, jinou míru prožívání a jejich reakce na shodnou životní situaci mohou výrazně variovat (Žufníček, 2012, s. 40).

Zaregistrovat, že dospívající jedinec trpí duševním problémem, je velmi náročné, a to zejména ze tří důvodů. Tím prvním je, že intenzivní změny v chování jsou pro toto vývojové období charakteristické a není snadné hranici normality přesně poznat. Za druhé se adolescenti nechtějí jakkoli odlišovat a představa, že na ně okolí jako na odlišné bude názírat, je děsivá, tudíž ochota rozmlouvat o věcech, které je trápí, je nevelká. A třetím neméně důležitým důvodem je jistá zmatenost, nezralost a nemožnost odůvodnit a vysvětlit, jak se cítí, někomu dalšímu (Carr-Gregg, 2013, s. 33). Rodiče by měli svého potomka vést k tomu, aby obavy, kterými se trápí, řešil s dospělou osobou, které důvěřuje, popřípadě navštívil odborníka (Carr-Gregg, 2013, s. 55-57). Jakým způsobem lze adolescenta přesvědčit k vyhledání odborné pomoci, se budu v následující kapitole konkrétněji věnovat.

3.1.1 Komunikace s dospívajícím jedincem

V dřívější době se lidé setkávali u ohně a vyprávěli svým potomkům příhody, pomocí nichž jim byla předávána životní moudrost a informace a současně byla formována pevná vzájemná pouta. Dnes hodně rodičů na komunikaci s dětmi nemá kvůli pracovnímu vytížení dostatek času. Zdrojem informací se pak namísto rodičů stávají vrstevníci, kamarádi a internet (Carr-Gregg, 2013, s. 57).

Rozhovor s adolescenty je mnohdy nelehký, především, jsou-li uzavření, úzkostní a podráždění. Rodičům, kteří se dříve v komunikaci dopouštěli chyb, radí psycholog Michael Carr-Gregg (2013, s. 57-59), aby uznali svou chybu, adolescent jim pak snadněji bude důvěřovat, že ho opravdu chtějí pochopit, naslouchat a pomoci mu. Nebytné také je, aby se rodiče zajímali o vše, co jejich dítě jeví zájem (hudba, sport, počítačové hry), a ptali se na

jeho pocity a názory. Podstatné také je, dát dospívajícímu najevo, že o něj máte zájem. Například účastí na akcích, které jsou pro něj důležité.

Jak již bylo výše uvedeno, dovednost srozumitelného vyjadřování sdělovaného obsahu a také naslouchání jsou základními prvky dorozumívání, jenž je nutno ovládat. Nyní uvedu několik rad pro zkvalitnění komunikace:

- Snažit se skutečně porozumět, ne pouze poslouchat.
- Udržovat oční kontakt.
- Zaměřit se na informace, které byly řečeny, ne na ty, které se chystá rodič říci.
- Snažit se vnímat pocity.
- Nejprve si zformulovat otázky v duchu a až posléze je položit (Carr-Gregg, 2013, s. 58).

Carr-Gregg (2013, s. 58) dále vysvětluje, že rodiče musí do vzájemného vztahu investovat čas, díky němuž budou moct vybudovat upřímný vztah a v neposlední řadě přispějí k tomu, aby se z jejich potomka mohl vyvinout šťastný dospělý jedinec.

Rodiče si mnohdy neuvědomují, že jejich potomek již není malým dítětem, ale vyvinula se z něj dospívající osoba s vlastními postoji a názory. Často se také rodiče vyhýbají rozhovoru týkajícího se sexuálního a erotického vývoje člověka. Většina rodičů se o této problematice s dětmi vůbec nekomunikuje (Langer, 2001, s. 319). Rodiče by také měli být informováni o způsobu trávení volného času svého dítěte. Například jaká místa mladistvý navštěvuje, s kým se schází a jak prožívá interakce s druhým pohlavím. Například Spolehlivým indikátorem dle Carr-Gregga (2013, s. 33), který by měl rodiče upozornit na fakt, že něco není v pořádku, je, že jejich dítě má výrazně starší přátele. Přístup rodičů k adolescentovi musí být taktní a nevtíravý (Langer, 2001, s. 323).

Kdy je vhodná doba na rozhovor? Podle Carr-Gregga (2013, s. 59-60) jsou adolescenti velmi senzitivní k jakýmkoliv projevům autority či nadřazenosti. Nejlepší je tedy rozhovor, dojde-li k němu přirozeně. Není dobré komunikaci vynucovat, je-li adolescent rozzlobený, nebo je s kamarády, telefonuje či sedí u počítače. Vhodnou dobou jsou společné činnosti adolescentů s rodiči, například mytí auta, domácí práce, společná cesta autem. Vhodné je zvolit neutrální území, kde nebude mít dospívající dojem, že je nějakým způsobem narušován jeho osobní prostor. Rozumné je nalézt chvíli volna, kdy se adolescent nevěnuje ničemu konkrétnímu, zeptat se na jeho zájmy a mimoškolní aktivity, v případě potřeby pro-

hlédnout si s ním stránky organizací zabývajících se duševními problémy, zeptat se dítěte na jeho pohled. Důležité je také zjistit, co by dítě dělalo v případě, kdyby mělo tyto potíže.

Krom rodiny by také mohli mít výrazný vliv přátelé a kamarádi, kteří by mohli přesvědčit sebepoškozujícího se jedince, aby se pokusil nalézt pomoc. Bohužel překážkou může být nevědomost, obavy z odlišnosti a také stigmatizace psychických problémů (Carr-Gregg, 2013, s. 61). Tyto obavy ze stigmatizace a následnou neochotu sebepoškozování zveřejnit potvrzuje v knize nesoucí název *Hidden Self-Harm* také Turpová (2002, s. 29). Obavy jsou například z úniku těchto citlivých informací, které by mohly klientovi zpětně nějakým způsobem ublížit. Sebepoškozující se jedinec může mít také strach, že jej terapeut bude považovat za duševně chorého a bude jej nutit k hospitalizaci (Chapman, Gratz, 2009, s. 119).

Budou-li rodiče chtít vyhledat odbornou pomoc, měli by dle Carr-Gregga (2013, s. 64-65) dodržet několik **zásad**:

- Je-li adolescent ochotný si o potížích promluvit s odborníkem, měli by jej rodiče objednat na čas, kdy nebude mít před sebou nějakou povinnost a kdy nebude příliš unavený a vyčerpaný. Dále by mu měli dát možnost volby, zda bude chtít, aby jej doprovodili, či si chce s odborníkem promluvit o samotě.
- Není-li dospívající ochoten navštívit odborníka a rodiče jsou přesvědčeni, že by měl, je možné domluvit telefonickou či emailovou konzultaci, popřípadě domluvit se s dítětem, ať to alespoň zkusí, ať zůstane v ordinaci například pět minut a pokud se mu tam nebude líbit, může po uplynutí sjednané doby odejít. Zároveň je nutné na tento fakt upozornit dopředu lékaře, popřípadě mu popsat potíže, s jakými se adolescent potýká a dobu trvání tohoto problému, co jej zhorší, či v opačném případě zlepší.

Na konec této podkapitoly uvedu bodově „akční plán“, který by rodiče měli mít na paměti (Smith, 2012 s. 58-59):

- Ujistit se, že je doma lékárnička s potřebnými náplastmi a obvazy
- Vědět, jak poskytnout pomoc
- Vyhledat odbornou pomoc, jedná-li se o hluboké řezné rány či sebetrávení
- Naučit se poznávat narůstání příznaků před epizodou sebepoškození
- Pomoci dítěti vyhledat profesionální pomoc

- Komunikovat s dítětem - co by mu dle jeho názoru mohlo pomoci
- Prodiskutovat s dítětem alternativy (například boxovací pytel)

Podnět k vyhledání specializované pomoci může přijít jak ze strany rodičů, tak i učitelů či vychovatelů (Špatenková, 2004, s. 62). Následující podkapitola bude tedy věnována pomoci ze strany pedagogů, vychovatelů a obecně vzdělávacích institucí, jelikož ty jsou podstatnou součástí adolescentova života.

3.2 Prevence ze strany vzdělávacích institucí

Škola a školské organizace jsou bezesporu součástí prevence, sehrávají důležitou roli, mají a budou mít poměrně výsadní funkci v prevenci, a to z toho důvodu, že školní zařízení jsou povinny navštěvovat všechny děti a tráví zde velkou část dne (čtvrtinu až třetinu).

Škola a vzdělávací instituce mají k dispozici odborné pracovníky a jsou schopny eliminovat potencionální či rozvíjející se problém. Má také určitý kontakt s rodiči dětí a může tak formovat svou vlastní (školskou) poradenskou soustavu. Důležité je uvědomit si, že škola je schopna působit na složku rozumovou, emotivní, volní a ovlivňovat tak jednání žáků. Součástí preventivního programu by v jisté míře měly být zastoupeny metody působící také na rodiče žáků, a to jak v rovině obecné, tak i u rizikových adolescentů (Krestová, 1998, s. 11-13).

Pedagogové, kteří jsou s dospívajícím jedincem v každodenním kontaktu, zastávají zásadní úlohu v rozpoznání známek zatížení. Měli by disponovat těmito třemi klíčovými dovednostmi (Kyriacou, 2005, s. 107):

- Naslouchání - kantor by měl být přístupný, měl by usilovat o usnadnění žákovy situace a neodsuzovat její.
- Zjištění problému - pedagogové by měli být vnímaví zejména k projevům stresu a náhlým změnám v žákově jednání.
- pomoc - učitelé by měli žákům poskytnout podporu a pomoci jim tak se s nesnadnou životní situací vypořádat.

Nezbytné však je, aby tyto potíže nebyly řešeny za zády adolescenta, nejlépe však v kontextu spolupráce s blízkou rodinou. Problémy ale nemohou být řešeny bez aktivní účasti dospívajícího. Jedná-li se o suicidální stavy, je krizová intervence v některých případech nezbytná (Špatenková, 2004, s. 63).

Carr-Greeg (2013, s. 29) vysvětluje, že psychologové zaznamenali několik důležitých faktorů prevence. Dospívající potřebují mít nablízku dospělou osobu, pro niž jsou významní, která je vyslechne, se kterou mohou komunikovat, která je povzbudí, podpoří je a dá jim pocit jistoty. Důležitá je také prezence člověka, který může být adolescentovi pozitivním příkladem.

Dospívající, který se cítí nešťastný, je často ochotný přijmout také odbornou pomoc, je-li však tato pomoc nabídnuta osobou, jíž důvěřuje. V opačném případě spolupráci nelze očekávat. Jinými slovy, bude-li mu tato pomoc či osoba, která ji zprostředkovává, připadat nedůvěryhodná, pokrytecká či autoritářská (Špatenková, 2004, s. 63).

Na závěr této kapitoly bodově shrnu nejpodstatnější body prevence, které vymezují Witkiewicz a Marlatt (2011, s. 192):

- Sledovat zda nedochází k narůstání touhy a nutkání se poškodit.
- Sledovat přítomnost známek distresu a především spouštěče sebepoškozujícího jednání.
- Sledovat individuální vysoce rizikové situace, jež mohou sestávat z různých míst, lidí, událostí, které mohou být překážkou v zdržení se sebezraňování.
- Zabránit relapsu sebepoškozování.

Pro efektivní prevenci v oblasti sebepoškozujícího jednání je nutné si uvědomit, že preventivně může působit každá osoba. Velmi důležité je být pozorný ke svému okolí a ochoten pomoci. Faktem znesnadňujícím pomoc je jistá latence tohoto jevu. Sebepoškozování je většinou prováděno tajně a osoby, jež mají se záměrným sebepoškozováním vlastní zkušenost, se ne vždy o svém jednání svěří další osobě. Nutno závěrem podotknout, nebude-li záměrné sebepoškozování bagatelizováno a stigmatizováno, budou snáze nalezeny způsoby, jak mu předcházet a daným jedincům efektivně pomoci.

4 PROFESIONÁLNÍ POMOC A LÉČBA

Jak již předeslal název kapitoly samotné, budou na tomto místě v souvislosti s problematikou záměrného sebepoškozování přiblíženy možnosti odborné pomoci, jakými jsou psychoterapie, kognitivní terapie, racionálně emotivní terapie, terapie zaměřená na řešení problému, interpersonální skupinová terapie, kognitivní terapie cílená na schémata, hypnóza a relaxace, muzikoterapie a v neposlední řadě farmakoterapie, která je mnohdy součástí výše uvedených druhů léčby. Přiblíženy budou rovněž metody, které mohou sebepoškozujícím se jedincům také pomoci, uvedme například techniku mostu, techniku kladné imaginace, metodu počítání dechů, dále techniku nesoucí název bílé světlo, černý kouř či technika těloskenovací dýchání.

Bude-li u mladých lidí psychický problém včas diagnostikován a budou-li léčení již od samého počátku, lze se tak vyhnout několikaletému někdy i celoživotnímu trápení (Carr-Gregg, 2013, s. 17). Přejdeme-li přímo do oblasti profesionální pomoci a léčby, je hlavním cílem zamezit novým epizodám záměrného sebepoškození. V některých případech je léčba také orientována na eliminaci rizika sebevražedného jednání a v neposlední řadě je cílem také zlepšit možnosti, jak vést plnohodnotný a spokojený život (Platznerová, 2009, s. 69).

Pro adolescenty je velmi důležité mít s kým komunikovat o citlivých osobních záležitostech a lékařská mlčenlivost může být velmi nápomocna v otevřeném rozhovoru o choulostivých tématech (Carr-Gregg, 2013, s. 62).

Adolescent může využít relativně široké škály odborné pomoci, uvedme alespoň základní rozdíly mezi odborníky: Psychologové se zabývají lidským chováním, absolvovali magisterské studium, nemají však medicínské vzdělání a nemohou předepisovat medikamenty. Dorostový psycholog je orientován na dospívající jedince. Zaměřuje se na běžné problémy v oblasti vztahů s vrstevníky, rodinné vztahy, ale i na dospívající s psychickým onemocněním. S doporučením na vhodného psychologa či psychiatra může pomoci praktický lékař. Psychiatr má na rozdíl od psychologa lékařské vzdělání, je tedy vystudovaným lékařem a může užívat farmakoterapii. Tyto medikamenty obvykle kombinuje s psychoterapií. Dalším odborníkem, který může pomoci, je psychoterapeut či psychologický poradce, ten disponuje velkou škálou terapeutických znalostí (Carr-Gregg, 2013, s. 68-69). Pomoc lze také nalézt na linkách důvěry či v krizových centrech. Například v Anglii existují organizace, které vznikly přímo za účelem podpory jedinců, kteří se sebepoškozují, či se v minulosti

sebepoškozovali. Tyto organizace se jmenují National Self-Harm Network a Young People and Self-Harm (Smith, 2005, s. 128).

Důležitá je u odborníka snaha naslouchat bez předsudků, bez zděšení, což je cestou pro sebepoškozujícího jedince, jak se naučit vyjádřit své emoce verbálně namísto exprese těchto negativních pocitů vlastním tělem. Je tedy nutné vyhnout se odsuzování sebepoškozování a také neúměrné lítosti (Platznerová, 2009, s. 70-71).

Zajímavým faktem například je, že ve Spojených státech amerických a Velké Británii byla vybudována oddělení zaměřená přímo na léčbu sebepoškozování, kde je sebepoškozování v určité míře tolerováno a klienti jsou podněcováni k analyzování svého jednání a učí se zvládat emocionální zátěž bez dalšího sebepoškození (Platznerová, 2009, s. 76).

4.1 Psychoterapie

Psychologická terapie je dle Carr-Gregga (2013, s. 68) z dlouhodobého aspektu více prospěšná než medikamenty a je u ní také menší nebezpečí recidivy.

Psychologická léčba neboli „psychoterapie“ napomáhá adolescentům ve změně pohledu na sebe i na prostředí, které je obklopuje a v němž žijí, a učí je jiným reakcím na potíže. Rozmluva s psychologickým poradcem, psychologem, sociálním pracovníkem či jiným odborníkem s kvalifikací může dospívajícímu pomoci lépe porozumět vlastním emocím a díky tomu lépe komunikovat s ostatními lidmi (Carr-Gregg, 2013, s. 68).

Odborná pomoc pomůže adolescentovi naučit se převzít jistou odpovědnost za své činy, označit spouštěcí faktory, zmírnit závažnost a eliminovat rozsah sebepoškozování. Důležité také je zaměřit se na nalezení bezpečných míst a osob, které mohou poskytnout podporu (Platznerová, 2009, s. 71).

Psychoterapeut by měl kromě obecných zásad, jako je chápavý přístup ke klientům, diskrétnost a respekt, eliminovat projevy přílišné lítosti, zděšení, odsuzování či negativně hodnotící kontext. Je také třeba diferencovat sebepoškozování a pokus o suicidium, jelikož oba problémy vyžadují jiný přístup a jinou léčbu. Specialista tedy určí diagnózu, posoudí závažnost situace a další potencionální rizika a v neposlední řadě vytvoří terapeutický plán. Podstatné je soustředit se na detekci spouštěcích faktorů a pokusit se tak sebepoškozování objasnit. Psychoterapie tedy musí být přímo odpovídající potřebám klienta (Platznerová, 2009, s. 71-73). Totéž potvrzují i Marková, Venglářová a Babiaková (2006, s. 301-302),

kteřé uvádějí, že základem úspěšnosti terapie je několik předpokladů, které následně v bodech uvedu.

- Snaha klienta se změnit - míra jeho motivace k léčbě a pozitivní očekávání. Signifikanční roli má také klientovo sociální okolí, rodina, přátelé a také jeho zájmy.
- Potřeba individuálního přístupu - terapii přizpůsobit konkrétním potřebám daného jedince.
- Orientovat se na obecné i specifické terapeutické cíle - vyslechnout rady a názory terapeutů, hledat niterné zdroje při řešení svých potíží.

Cílem psychoterapie tedy je naučit klienty vhodným strategiím a přístupům pro zvládnání stresových a zátěžových situací, naučit je poznat a uvědomit si spouštěče sebepoškozujícího jednání a produktivním způsobem ovládat citové stavy. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že cílené zaměření se pouze na zastavení sebepoškozování bez naučení se usměřňovat emoce může vést k osvojení jiných negativních podob jednání, například užívání návykových látek, jelikož sebepoškozování je malaadaptivní formou reakce na zátěžové situace častá u osob s úzkostmi a depresí. Nezbytné je určit, co je pro klienta při sebepoškozování zásadní, zda uvolnění napětí, pokus o komunikaci či určitá ventilace vnitřní bolesti (Platznerová, 2009, s. 74).

Platznerová (2009, s. 75) uvádí, že je vhodné domluvit se, že specialistu může klient kontaktovat kdykoliv, chce-li si uhlížit, ale má zakázaný s odborníkem kontakt například den po sebepoškození, klient si tak bude uvědomovat, že sebepoškození bude mít jisté negativní následky a že je zde okamžitá možnost své trápení či negativní emoce verbalizovat namísto uhlížení si. Jak uvádí Schmidt a Davidson (2013, s. 7-11), velmi nápomocným je, pokud si klient pamatuje přesně, co se stalo, jaké byly specifické okolnosti, které jej dovedly k sebepoškození a jaké byly jeho pocity, popřípadě jak zareagovali ostatní na jeho sebepoškození.

Základní atributy psychoterapie tedy jsou terapeutický vztah, analýza jednání a stanovení postupů, které pomohou klientovi změnit kognitivní a konativní reakce. Cílem je tedy eliminování, posléze úplné odstranění sebepoškozování a naučení se alternativním formám vyrovnávání se stresem a zátěží (Platznerová, 2009, s. 76-77). Klíčové je také identifikovat spouštěč tohoto jednání. Další fází je behaviorální intervence. Například je-li spouštěčem vztek, strategie bude koncentrována na zvládnání vzteku. Vhodnou metodou práce

na změně jednání, jinými slovy behaviorální intervence, je nalezení jiných alternativních možností v jednání (Platznerová, 2009, s. 78-79).

Platznerová (2009, s. 78-80) uvádí několik technik, které mohou sebepoškozujícím se jedincům pomoci:

- Vydržet - nutkání ublížit si zpravidla do několika málo hodin ustane. Sebepoškození lze tedy postupně oddalovat, než nutkání poškodit se zcela odezní. Pomoci může „hra na patnáct minut“, což je postupné odkládání aktu sebepoškození o patnáct minut, poté opět o následujících patnáct minut a tak dále.
- Jít ven, s někým si promluvit – k sebepoškozování dochází obvykle v soukromí, z toho důvodu je nutné zdržovat se na veřejnosti či například s někým telefonovat.
- Koncentrovat pozornost jinam – poslouchat hudbu, tančit, zpívat, cvičit, kreslit či sledovat film.
- Uvolnit negativní emoce – například rozdupáním plastických lahví či plechovek, roztrhání obrázku, bouchání do boxerského pytle či polštáře.
- Koncentrace na pozitiva – nahradit sebepoškození například masáží, dopřát si horkou koupel, zajít ke kadeřnici atd.
- Náhražka sebepoškození – přivodit si bolest například rozžvýkáním chili papričky či kořene zázvoru. Tutéž radu nalezneme i v zahraničních zdrojích. Například Bennett (2011, s. 314) doporučuje jako náhražku sebepoškození poslech hlasité hudby či mačkaní balónku, což způsobí svalovou bolest. Degun-Mather (2006, s. 149) doporučuje rozmačkat vejce v ruce, pořezat nějaký předmět, či kreslit po svém těle červenou smývatelnou fixou.

Za pomoci psychoterapie se může klient naučit verbalizovat problémy a řešit je, zlepšit nedostatky v komunikaci, naučí se eliminovat negativní myšlenky o svých schopnostech, dovednostech, o svém těle. Tato změna přemýšlení, jinými slovy kognitivní restrukturační, by měla směřovat k tomu, aby sebepoškozování jako způsob vyrovnávání se s problémy či zátěží ztratilo zcela smysl (Platznerová, 2009, s. 81).

V následujících kapitolách přiblížím další psychoterapeutické modalitky a terapeutické přístupy, které mohou být v nelehkém boji proti sebepoškozování nápomocny.

4.1.1 Dialektická behaviorální terapie

Látalová (2013, s. 153) vysvětluje, že dialektická behaviorální terapie byla vytvořena za účelem pomoci osobám s parasuicidálním jednáním. Studie prokázaly velkou účinnost dialektické behaviorální terapie ve vztahu k parasuicidalitě a sebepoškozujícímu jednání (Platznerová, 2009, s. 83). Tento model léčby byl vytvořen Marshou Linehan a jedná se o metody orientované na hledání východisek z nelehké situace a také trénink určitých dovedností, jak situaci zvládat. Hlavním cílem však je eliminovat sebepoškozující či parasuicidální aktivity a také redukovat jednání, které narušuje kvalitu jedincova života (Platznerová, 2009, s. 87).

Léčba je tedy podpořena empirií a sestává z roční psychoterapie, která probíhá jak individuálně v časové dotaci jedné hodiny za týden tak skupinově s časovou dotací 2,5 hodiny za týden (Látalová, 2013, s. 153). V individuální formě je detailně analyzováno konkrétní problémové jednání a jsou navrhována řešení, jichž by mohl klient využít. Tím dojde k posílení adaptivních způsobů jednání a klient si osvojí způsoby, jak se s citovými traumaty vypořádat. V druhé zmiňované formě, tedy skupinové, se klient učí fungovat v mezilidských interakcích, vyrovnávat se s realitou a usměrňovat své pocity (Platznerová, 2009, s. 88).

Podrobná behaviorální analýza se nesoustředí pouze na externí spouštěče, ale vyhledávány jsou automatické a iracionální myšlenky či příznaky citové poruchy. Toto nesprávné uvažování bylo naučeno a cílem tedy je jej "odučit." Důraz je přikládán jak externím podmínkám, tak i vnitřnímu prožívání a postojům (Krejčířová, 2006, s. 224).

Vyjmenujme tedy základní terapeutické cíle chronologicky (Platznerová, 2009, s. 87-88):

- Eliminace sebepoškozujícího jednání
- Redukce vzorců chování znemožňujících léčbu
- Redukce vzorců jednání snižující kvalitu života
- Zvýšení sebedůvěry a sebeúcty
- Osvojení si dovedností zvládat intenzivní pocity
- Naučit se adaptivním způsobům jednání

4.1.2 Kognitivní terapie

Základem Kognitivní terapie je identifikace kognitivních schémat, která způsobují problematické jednání. Cílem je tato malaadaptivní schémata následně modifikovat (Bennett, 2011, s 314).

Kognitivně-behaviorální léčba vychází z faktu, že podstatou je malaadaptivní jednání a kognitivní pochody. Doporučeny jsou modifikované strategie, například kognitivní terapie věnující pozornost jádrovým přesvědčením či komplexní kognitivní terapie. Například u osob s hraniční poruchou osobnosti, vyrovnávající se s vnitřní nepohodou sebepoškozováním, bylo za pomoci kognitivní terapie prokázáno snížení repetitivního sebepoškozování. Toto snížení bylo patrné rok po skončení léčby. Určitá změna obecného fungování nastala během dvou let (Látalová, 2013, s. 152-153).

Kognitivně behaviorální léčba orientována cíleně na sebepoškozování byla v roce 1999 pojímána jako kognitivně behaviorální intervence sestávající z šesti sezení, které jsou přímo specializovány na strategie řešení potíže. Tuto léčbu s užitím manuálu³ vytvořil Evans (Platnerová, 2009, s. 89). Účinnost kognitivní terapie v oblasti sebepoškozování potvrzuje i Bennett (2011, s. 314), a to zejména v kombinaci s jinými strategiemi zahrnujícími plány cílené na eliminaci nutkání k sebepoškozujícímu jednání.

Kognitivně behaviorálními postupy jsou například posilování motivace, identifikování nebezpečí, dovednost odmítání či eliminace spouštěčů. Důležité je naučit se rozpoznávat příznaky recidivy a těmto návratům porozumět a především předejít. Klient je veden k sebedměňování a posilování žádoucího jednání. U mnoha klientů je přistupováno k takzvanému terapeutickému kontraktu, což je jistá úmluva mezi terapeutem a klientem, popřípadě i rodiči klienta (Nešpor, 1995, s. 52-53).

Důležitost identifikace spouštěčů suicidálního jednání potvrzuje i Durkheim (2002, s. 25), který vysvětluje, že je nezbytné přesně zjistit, co způsobuje oživení starých emočních ran a frustrací, jež jsou nakonec dominantní v porovnání s tím, co v současné době život jedinci nabízí, či co je v perspektivě.

³ MACT - Manual assisted cognitive therapy (Platnerová, 2009, s. 89).

4.1.3 Racionálně emotivní terapie

Postupy racionálně-emotivní terapie mohou být velmi nápomocny při vyrovnávání se s negativními pocity či prudkým nekontrolovatelným vztekem, který je mnohdy při sebepoškozujícím aktu přítomen. Základem racionálně emotivní léčby je názor, že emoce jsou řízeny myšlením, jsou tedy určitými naučenými vzorci. Naučí-li se jedinec racionálním vzorcům myšlení, bude moci ovládnout a regulovat své negativní pocity. Tato změna má dané uspořádání, jež je obsaženo v tzv. ABC formátu (Platznerová, 2009, s. 92).

Martinson (In Platznerová, 2009, s. 92-93) aplikoval ABC systém na sebepoškozování. Níže jsou chronologicky uvedeny jednotlivé body spolu s příkladem potencionální stresové situace a reakce na ni.

- A - představuje událost (přítel zapomene zavolat, i když to slíbil).
- B - reprezentuje určité stanovisko, postoj (nemá o mě zájem).
- C - vyjadřuje emoce a důsledky jednání (jsem rozzlobená, že za nic nestojím).
- D - znamená diskusi o stanoviscích (zvážím, zda přítel klade telefonátům stejnou důležitost).
- E - jsou reálné cíle (vysvětlím mu, že dodržení slibu pro mě znamená, že mu na mně záleží).
- F – využití konstruktivních přístupů (například psaný plán rozhovoru, konstruktivní formulace).
- G – uskutečnění konstruktivních cílů v reálné situaci.

Dle Vymětala (2010, s. 52-53) je racionálně-emotivní léčba funkčním postupem v případech, kdy klienti spolupracují a jsou s vývojem terapie spokojeni. Je uplatňována zejména v oblastech lehčí individuální patologie. Hlavní technikou je racionální sebeřízení, což vede k přesnému naplánování praktického jednání. Přetvoření postojů podněcuje jedince k tomu, aby změnil své jednání.

4.1.4 Terapie zaměřená na řešení problému

Terapie zaměřená na řešení problému je určitou psychologickou intervencí, která je orientována na posílení schopnosti vyrovnávání se se stresory lehčího rázu, jakými jsou každodenní problémy, či složitějšího charakteru, například traumatické události (Nezu, Nezu,

D'Zurilla, 2012, s. 5). Klienti jsou tedy učeni nazírat na komplex velkých potíží jako na menší a především řešitelné problémy a jsou jim nabízena alternativní řešení a jsou hledány výhody a nevýhody možných alternativ (Carr, 2008, s. 63) Výchozím bodem pro terapii zaměřenou na řešení problému je mínění, že jednání osob, které se sebepoškozují je následkem narušené behaviorální a kognitivní funkce týkající se postupu v řešení problémů. Hlavním cílem terapie zaměřené na řešení problému je pomoci klientovi určit potíže, s nimiž se potýkají a naučit je dovednostem pro vyrovnání se s obtížemi (Platznerová, 2009, s. 94). Hlavními cíli tedy je posílit u klienta sebedůvěru a akceptaci problémů jako běžné součásti života a také implementace jistého plánu řešení problému, naučit klienta určité citové regulaci (Nezu, Nezu, D'Zurilla, 2012, s. 8).

Postup při hledání východisek u problému je realizován v následujícím sledu (Platznerová, 2009, s. 94):

- Identifikace potíže a určení cíle formou behaviorální analýzy
- Brainstorming
- Hodnocení možných řešení
- Selektce řešení
- Zhodnocení zdařilosti zvoleného řešení

Výše uvedený postup je důležitým krokem vedoucím k redukci sebepoškozujícího jednání, jelikož tyto osoby mívávají velký deficit ve způsobilosti řešit problémy, jelikož obvykle disponují rigidním myšlením (Platznerová, 2009, 94). Totéž potvrzuje i Mynors-Wallis (2005, s. 30-31) který dodává, že je tato terapie vhodná a validní právě pro sebepoškozující se jedince. Avšak je nutné udělat ještě další výzkumy týkající se přímo objasnění účinnosti této terapie při následné redukci tohoto jednání.

4.1.5 Interpersonální skupinová terapie

Interpersonální terapie byla zprvu vyvinutá pro léčbu depresí. V počátečním stádiu se zaměřuje na určení potíží, které vedly ke vzniku. A v druhé fázi dochází k terapeutickému kontraktu týkajícího se východisek u interpersonálních problémů. Tato terapie se zaměřuje na osobnostní a vztahové potíže, nízkou sebedůvěru a sebevědomí a malou frustrační toleranci (Papežová, 2010, s. 293).

Jedná se tedy o spojení kognitivně-behaviorálních a psychodynamických postupů, které jsou za pomoci edukace, či nácviku komunikace cíleně nasměrovány ke zvládnutí interpersonálních vztahů. Tato terapie má hodně společných elementů s dialektickou-behaviorální psychoterapií. Diferenci lze nalézt především v přístupu terapeutů, jejichž postoj není natolik didaktický či pedagogický. Konflikty ve skupině jsou primárně řešeny klienty samotnými, a to uvnitř skupiny. Terapeut se do konfliktu vkládá pouze tehdy, nabírá-li terapeutický postup nevhodný směr. Terapeut musí být schopen zpracovat klientovy záporné projekce, tedy negativní předcházející vzorce jednání. Intervence nejsou direktivní, důležitá jsou zde podpůrná slova a reakce na dotazy. Specifický léčebný účinek má krátkodobost této terapie, jelikož má předvídatelné časové ohraničení a konstantní místo setkávání (Platznerová, 2009, s. 95-96).

4.1.6 Kognitivní terapie cílená na schémata

Úkolem terapie zaměřené na schémata je eliminace až úplné odstranění malaadaptivních reakcí na stresové situace. Od standardní kognitivní terapie se liší především v koncentraci na časná malaadaptivní schémata, tedy prožitky a vzorce z období dětství. Dalším rozdílem je i větší časová dotace oproti klasické kognitivní terapii. Terapeut a klient se zaměřují na události minulé i současné, uplatňována je imaginace, behaviorální, kognitivní a interpersonální metody. To vše je nápomocno při porozumění dysfunkčním schématům plynoucím z raných zážitků. Oproti klasické psychoanalýze není pro eliminaci potíží u kognitivní terapie cílené na schémata uspokojivý pouze vhléd samotný. Důležité je testování validity stresorů. Dochází tak k objektivizaci vedoucí k transformaci rigidního malaadaptivního jednání (Platznerová, 2009, s. 96-97).

Zinarini (In Widiger, 2012, s. 741) potvrzuje účinnost Kognitivní terapie zaměřené na schémata v redukci závažnosti hraniční psychopatologie, zejména však v sebepoškození.

Součástí Schema terapie může být také dvouhodinové sezení, na něž jsou pozváni členové rodiny, či jiné blízké osoby. Tyto osoby jsou poučeny o původu problému, kterým jejich blízký prochází (Bennett, 2011, s. 314).

Kognitivní terapie cílená na schémata poskytuje určitý flexibilní rámec, který je důležitý k vytyčení schémat a copingových strategií, přímo závislých na potřebách daného jedince. Cílem terapie je eliminace intenzity emocí a vzpomínek, které jsou s malaadaptivními schématy úzce spojeny, jelikož jsou schémata velmi hluboce zakořeněna a jsou v průběhu

života neustále opakována. Jsou tedy velmi odolná k jakékoliv změně, už jenom proto, že poskytují domnělý pocit bezpečna. Klienti si musí především uvědomit tato schémata a najít pak nové způsoby cítění a myšlení, což vyžaduje velkou disciplínu. Terapeut využívá empatickou konfrontaci, aby neustále zdůrazňoval důvody pro klientovu změnu. Terapie tedy začíná identifikací a určitým zhodnocením daných schémat a základních potřeb léčícího se. Terapeut spouští klientova zažitá schémata za pomoci pomyslné situace, kdy klient začne reálně prožívat pocity související se zakořeněnými schématy. Tyto charakteristické vztahy a vzorce jsou sledovány a posléze identifikovány (Dobson, 2010, s. 334).

4.1.7 Hypnóza a relaxace

Platznerová (2009, s. 98) uvádí, že v odborné literatuře jsou v léčbě sebepoškozujícího jednání zaznamenány kladné výsledky při užití hypnoterapeutické metody. Nezbytné však je, aby se klient cítil být ve vztahu k terapeutovi rovnocenným společníkem, jinak je pokrok neproveditelný.

V léčbě sebepoškozujících se osob jsou příznivé zejména tyto metody:

- Technika mostu - klient je instruován, aby si na základě současných nepříjemných emocí vzpomenu na situace v jeho minulosti, při nichž se cítil totožně. V transu je klient schopen verbalizovat silné emoce a vzpomínky, které by v bdělém stavu nepopsal.
- Technika kladné imaginace - klient je veden k imaginaci sebe sama na přívětivém, poklidném, nestresovém místě, jak se věnuje své oblíbené aktivitě či zálibě. Důležitá jsou také povzbuzivá a motivující slova terapeuta.
- Metoda počítání dechů - klient je přiveden do transu, soustředí se na respiraci, která je pomalá, klidná a počítána je jak inspirace, tak expirace (Platznerová, 2009, s. 98-99). Jedním z možných postupů nápomocných při zvládnání úzkosti a negativních emocí je dechové cvičení začínající pomalým vdechem (klient v duchu počítá do čtyř), následovně je při pomalém výdechu říkáno slovo „klid“. Jakmile dojde k úplnému výdechu, následuje čtyř sekundová pauza, kdy klient počítá do čtyř, poté opět následuje pomalý vdech. Tuto techniku je doporučeno dělat nejméně po dobu deseti minut (Walsh, 2012, s. 362).
- Technika pojmenovaná „bílé světlo, černý kouř“ je opět částečně spojena s dýcháním. Při nádechu si klient představuje bílé světlo procházející jeho tělem, které

očisťuje všechny špatné myšlenky, emoce, návyky či jiné jednání. S výdechem pak dojde k imaginaci černého kouře vycházejícího z těla ven, jenž s sebou odnáší tyto negativní myšlenky a emoce (Walsh, 2012, s. 362).

- Další technikou, která je rovněž částečně spojena s dýcháním spolu s koncentrací na vlastní tělo je technika „těloskenovací dýchání“.⁴ Klient sedí například na židli, pomalu se nadechuje a vydechuje, zprvu věnuje pozornost svým chodidlům, posléze nohám, poté je pozornost zaměřena na pohyby břicha při dýchání, po několika minutách je pozornost přenesena na pohyby hrudníku, poté se klient zaměří na chřípí nosu a sleduje jak je při vdechu vzduch chladný a při výdechu teplý. Klient se tak koncentruje na celé své tělo, představí si, že je jednou jedinou velkou buňkou. Po několika minutách koncentrace na celé tělo je cvičení u konce (Walsh, 2012, s. 360).

4.1.8 Muzikoterapie

Při léčbě sebepoškozujícího jednání lze užit také metod muzikoterapie, jejichž účinek v redukci sebepoškozování potvrzuje Wigram (In Dokter, Holloway, Seebohm, 2011, s. 99), který doporučuje užit zejména uklidňující, nízkofrekvenční hudbu.

Hlavním cílem je zmírnit klientovo rozrušení, aby se cítil v bezpečí, bez známek distresu. Co se týče hudebního výběru, je třeba soustředit se na několik specifických složek. Hudba by neměla být příliš vzrušivá a stimulační, obsahující například rychlé rytmické vzorce, hudba by měla být klientovi blízká. Pozornost je třeba soustředit také na kladný textový obsah (Baker, Tamplin, 2006, s. 59).

Nakonec, v důležitosti ne však poslední, zmíním farmakoterapii, která je mnohdy součástí výše uvedených terapií, jako doplňující komponent léčby.

4.1.9 Farmakoterapie

Medikamentózní terapie může pomoci usnadnit zapojení klienta do psychoterapeutické léčby, zároveň přispěje k celkovému zklidnění a pomůže předejít sebepoškozujícímu jednání. V dnešní době jsou již známé výsledky studií zkoumajících medikamentózní účinky

⁴ V originále „Body Scan Breathing“

na sebepoškozující jednání, avšak žádný medikament není zatím v léčbě sebepoškozování přímo schválen. Farmakoterapie je zaměřena na tři skupiny základních příznaků a to na projevy afektivní dysfunkce, kognitivní příznaky a na deficit v kontrole jednání s impulzivitou (Platznerová, 2009, s. 102-103).

Platznerová (2009, s. 103-110) uvádí následující farmaka, jichž lze využít:

- Antidepresiva – při léčbě fluoxetinem došlo k redukci agresivního a impulzivního jednání, prokázána byla také účinnost v eliminaci iritability a vzteku.
- Opiátoví antagonisté – například v jednom z výzkumů byl u pěti klientek indikován naltrexon v období tří týdnů. Na počátku výzkumu všechny ženy vykazovaly sebepoškozující jednání, v průběhu léčby docházelo k sebepoškozování jen u jedné klientky. U všech ostatních klientek došlo během léčby také ke snížení myšlenek vztahujících se k sebepoškozování.
- Tymostabilizéry – například karbamazepin redukoval agresivitu včetně fyzického násilí, pálení se a řezání se, lithium snižovalo suicidální příznaky u osob s diagnostikovanou hraniční poruchou, dále lamotrigin signifikantně eliminoval vztek, prokázána byla také účinnost ve snížení depresivních příznaků.
- Antipsychotika – obecně dominuje názor, že se typická neuroleptika neprokázala býti efektivními v terapii u osob s hraniční poruchou. Ve výzkumu s farmaky olanzapinem a fluoxetinem byl efekt prokázán.

V neposlední řadě je třeba také zmínit medikamenty, které při léčbě sebepoškozování vhodné nejsou. Dle Helpertze a Smitha (In Platznerová, 2009, s. 111-112) je třeba se vyhnout indikaci benzodiazepinům, zejména pak alprazolamu, který může vést ke zhoršení vlastní kontroly nad jednáním, a tak zvýraznit nárůst suicidálního jednání, sebepoškozování a celkové agresivity.

V závěru teoretické části bych ráda popsala příběh dívky, která boj se sebepoškozováním vyhrála. Doufám, že tento příběh bude nadějí pro všechny, kteří mají se sebepoškozováním byť i sebemenší zkušenost.

Příběh Alice

„Třináctiletá Alice měla už odmalička stejnou partu kamarádek. Patřila do ní i jedna dívka, kterou všechny ostatní obdivovaly. Všechny chtěly být jako ona. Alice a její kamarádky ji všude následovaly a ve všem napodobovaly. Jednoho dne se tato dívka rozhodla, že Alice má být z party vyloučena, a všechny ostatní dívky se téměř přes noc začaly chovat tak, jakoby Alice neexistovala. Všechno dělaly bez ní a byly dny, kdy s ní nepromluvily ani slovo. Alice byla naprosto zničená a nevěděla, jak se má se situací vypořádat. O svých pocitech s nikým nemluvila a svou bolest, pocit křivdy, vztek, smutek a osamělost dusila uvnitř. Jediné, co jí přinášelo dočasnou úlevu, bylo sebepoškozování. Kdykoli se Alici něco stalo, i když to nebylo nic závažného, vnímala to jako katastrofu a měla pocit, že to může zvládnout jedině tak, když si bude ještě více ubližovat. Každý večer před usnutím tiše plakala do polštáře s pocitem naprosté opuštěnosti a smutku.

Alice nakonec zašla za školním poradcem a ten ji poslal k psychologovi. Zpočátku pro ni bylo velmi obtížné otevřít se úplně cizímu člověku, ale když psychologa více poznala, zjistila, že je velice laskavý a že má schopnost naslouchat. Alice k němu docházela sedm měsíců a během této doby vyzkoušela různé techniky, které jí měly pomoci, aby se sebepoškozování zbavila. Jednalo se o progresivní svalovou relaxaci, nácvik hlubokého dýchání, psaní deníku a cvičení v přírodě. Alici se nakonec podařilo najít několik technik, které si oblíbila a které u ní fungovaly.

Alice se sebepoškozováním úplně přestala a nyní dokáže přijímat každý den se vším, co přináší“ (Carr-Gregg, 2013, s. 112-113).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 KONCIPOVÁNÍ VLASTNÍHO VÝZKUMU

Jelikož je problematika sebepoškozování poměrně neprobádanou oblastí, je nezbytné se zaměřit na pozadí tohoto sociálního jevu a také na informovanost adolescentů o tomto současném fenoménu. Cílem praktické části práce je zjistit informovanost a středoškolských studentů o záměrném sebepoškozování v adolescenci a také zmapovat četnost sebepoškozujících jedinců ve výzkumném vzorku, metody, důvody záměrného sebepoškozování a způsob (vy)řešení problému. Bude-li záměrné sebepoškozování jako sociální jev pochopen, budou následně také nalezeny způsoby, jak mu předcházet, či jak sebepoškozujícím se jedincům efektivně pomoci.

5.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zmapovat, jaká je informovanost a zkušenosti středoškolských studentů se záměrným sebepoškozováním v adolescenci. Literatura zabývající se problematikou sebepoškozování uvádí, že adolescence je etapou života, kdy je přítomnost sebepoškozování největší (Kriegelová, 2008, s. 48). Favazza (1987 In Kriegelová, 2008, s. 48). Stanovuje věk 14 let jako hranici prvotní epizody záměrného sebepoškozování. Levenkron (1989 In Kriegelová, 2008, s. 48) tento údaj snižuje a za období vzniku pokládá již 13. rok věku.

Díličními cíli je zjistit:

- Jak středoškolští studenti hodnotí míru svojí informovanosti o záměrném sebepoškozování.
- Zdroje informací o záměrném sebepoškozování v adolescenci.
- Zkušenost středoškolských studentů se záměrným sebepoškozováním v adolescenci.
- Jak středoškolští studenti hodnotí svoji schopnost vyrovnávat se s psychickou zátěží v souvislosti s prevencí záměrného sebepoškozování.

5.2 Výzkumné otázky a hypotézy

Hlavní výzkumná otázka

Jaká je informovanost a zkušenost středoškolských studentů se záměrným sebepoškozováním v adolescenci?

Dílní výzkumné otázky

1. Jak středoškolští studenti hodnotí míru svoji informovanosti o záměrném sebepoškozování v adolescenci? *K otázce se vztahují dotazníkové položky č. 7,8.*

H1 Ženy se subjektivně cítí více informovány než muži.

H2 Studenti zdravotnických oborů hodnotí míru své informovanosti lépe než studenti technických oborů.

2. Jaké jsou zdroje informací o záměrném sebepoškozování? *K otázce se vztahují položky v dotazníku číslo 9, 10, 11.*

U dílní výzkumné otázky č. 2 se jedná o popisný problém, využijí popisnou statistiku. Získaná data budou vyhodnocena pomocí tabulek.

3. Jaká je zkušenost středoškolských studentů se záměrným sebepoškozováním v adolescenci? *K otázce se vztahují položky v dotazníku číslo 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18.*

H3 Ženy mají se záměrným sebepoškozováním více zkušeností než muži.

H4 Respondenti se zkušeností se záměrným sebepoškozováním hodnotí vztah s rodiči častěji jako špatný ve srovnání s respondenty bez zkušenosti se záměrným sebepoškozováním.

4. Jak středoškolští studenti hodnotí svoji schopnost vyrovnávat se s psychickou zátěží v souvislosti s prevencí záměrného sebepoškozování? *K otázce se vztahují dotazníkové položky č. 19, 20, 21, 22.*

H5 Psychickou zátěž udávají častěji osoby s vlastní zkušeností se záměrným sebepoškozováním, než osoby bez této zkušenosti.

H6 Schopnost vyrovnávat se s psychickou zátěží udávají častěji osoby bez vlastní zkušenosti se záměrným sebepoškozováním než osoby s touto zkušeností.

Hypotézy jsou základem kvantitativně zaměřených výzkumů. U hypotézy musí existovat potenciálnost ji falzifikovat, jinými slovy empiricky ji ověřit. Výzkum následně zdůvodní přijatelnost či nepřijatelnost (Chráška, 2010, s. 17).

U dílčí výzkumné otázky č. 2 se jedná o popisný problém, využiji popisnou statistiku. Získaná data vyhodnotím pomocí tabulek a grafů. V tabulkách bude uvedena relativní i absolutní četnost. Tabulky i grafy budou doplněny komentáři.

5.3 Stanovení výzkumného souboru

Základní výzkumný soubor tvoří studenti a studentky středních škol na území města Kyjov. Výzkum byl zamýšlen provádět v menším městě do 15 000 obyvatel, ve kterém se nacházejí školy všeobecně, humanitně, technicky zaměřené. Mým záměrem v praktické části práce bylo ověřit, zda existují významné rozdíly v hodnocení míry informovanosti v závislosti na studovaném oboru či ročníku studia. Menší město jsem zvolila z důvodu předpokladu nižší informovanosti o sociálním jevu záměrného sebepoškození, než ve městech větších. V mém výzkumu se tedy jedná o záměrný výběr výzkumného vzorku, do něhož byli zařazeni studenti a studentky 1. a 4. ročníku všech středních škol na území města Kyjov, konkrétně se jedná o následující vzdělávací instituce:

Střední odborná škola a střední odborné učiliště automobilní, Kyjov, Nádražní 471, Střední odborné učiliště, Kyjov, Havlíčkova 1273/17, Klvaňovo gymnázium a Střední odborná škola zdravotnická a sociální Kyjov, Komenského 549.

5.4 Metodika výzkumu

Na základě stanoveného výzkumného cíle jsem zvolila kvantitativně orientovaný pedagogický výzkum. Pro šetření jsem zvolila dotazníkovou techniku sběru dat, jelikož je problematika sebepoškození velmi choulostivým tématem a v některých dotazníkových položkách jsou vyžadovány citlivé osobní informace. Nespornou výhodnou dotazníkového šetření je, že během krátkého časového úseku je možno obsáhnout data mnoha respondentů (Chráška, 2010, s. 164). Podstatným prvkem je také anonymita respondenta. V neposlední řadě je mým úmyslem ověřit teoretické poznatky, které jsou popsány v odborné literatuře.

Práce s dotazníkem samotným postupuje v následujícím sledu: nejprve je stanoven výzkumný problém, výzkumný soubor, dále je sestavena soustava předem připravených otázek, na něž respondent písemně odpoví (Chráška, 2010, s. 163). Dotazník z velké části

sestává z uzavřených položek, jež dotazované osoby vyplňují ochotněji. Dotazník obsahuje také polouzavřené a polytomické položky. Polytomické položky lze členit na výčtové, výběrové a stupnicové (Chráska, 2010, s. 166). Ve svém dotazníku využívám výběrových a výčtových položek. U výběrových položek je dotazovaným osobám předkládáno větší množství odpovědí nežli dvě. Počet nabízených odpovědí by měl být pokud možno vyčerpávající, avšak ne nadměrně početný. Jak již název napovídá, u výčtových položek může zkoumaná osoba současně volit více odpovědí (Chráska, 2010, s. 166-167). Získaná data byla vyplněna do tabulek softwaru Microsoft Excel a vyhodnocení jednotlivých výsledků dotazníkového šetření byla prováděna v programu Statistica 12. Po vyhodnocení získaných odpovědí z navrácených dotazníků jsou získaná data kvantifikována, interpretována a prezentována.

5.4.1 Pilotní ověření dotazníku

Na základě pilotáže jsem sestavila dotazník sestávající z jednadvaceti položek. Otázky jsou zaměřeny na hodnocení informovanosti středoškolských studentů o záměrném sebepoškozování v adolescenci, zda byly prvky této problematiky zahrnuty do vyučování a také zda byli studenti informováni o způsobech, jak se vyrovnávat s psychickou zátěží v rámci prevence. Podstatná část dotazníku je také věnována zmapování četnosti sebepoškozujících jedinců ve výzkumném vzorku, metodám, jichž bylo užito, důvodům tohoto jednání a způsobu řešení problému. Pilotáž probíhala formou rozhovoru se dvěma dívkami a jedním chlapcem, kteří měli se záměrným sebepoškozováním osobní zkušenosti.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V rámci realizovaného výzkumu byli osloveni studenti prvních a čtvrtých ročníků středních škol na území města Kyjov. Výzkumu se zúčastnily všechny střední školy ve městě Kyjov, jmenovitě tedy Střední odborná škola a střední odborné učiliště automobilní, Kyjov, Nádražní 471, Střední odborné učiliště, Kyjov, Havlíčkova 1273/17, Klvaňovo gymnázium a Střední odborná škola zdravotnická a sociální Kyjov, Komenského 549.

Empirický výzkum byl zaměřen na ozřejnění vzájemných vztahů a souvislostí mezi vybranými zjišťovanými informacemi. Cílem je tato data interpretovat v souvislosti s výzkumnou otázkou.

Vyhodnocení výsledků empirického šetření bylo rozděleno do dvou částí. První část je orientována na zjišťování sociodemografických charakteristik výzkumného vzorku, jakými jsou pohlaví, druh vzdělávací instituce již student navštěvuje, ročník studia, rodinné zázemí, či vyznání. Druhá část je zaměřena na vyhodnocení vztahů vedoucích k vyvrácení či potvrzení daných hypotéz za pomoci statistických testů.

6.1 Sociodemografické charakteristiky výzkumného vzorku

První část vyhodnocení výsledků empirického šetření byla orientována na sjednocení sociodemografických charakteristik výzkumného vzorku. Do tabulky jsou sjednoceny údaje, jež budou následně použity při vyhodnocování statistických testů.

Tabulka 5 Sociodemografické charakteristiky výzkumného vzorku

	Ženy	Muži	Celkem
Gymnázium	1. ročník 13	1. ročník 2	15
	4. ročník 12	4. ročník 14	26
SOŠ zdravotnická a sociální	1. ročník 27	1. ročník 4	31
	4. ročník 19	4. ročník 0	19
SOŠ a SOU automobilní	1. ročník 0	1. ročník 21	21
	4. ročník 3	4. ročník 25	28
SOU Kyjov Havlíčkova	1. ročník 0	1. ročník 18	18
	4. ročník 0	4. ročník 15	15
Celkem	74	99	173

Výzkumu se zúčastnily všechny střední školy ve městě Kyjov. Gymnázium navštěvuje z celkového počtu respondentů 41 dotázaných (23,7%), obor střední odborné školy zdravotnické a sociální zvolilo 50 dotázaných (28,9%), Střední odbornou školu a střední odborné učiliště automobilní Kyjov navštěvuje 49 respondentů (28,3%) a Střední odborné učiliště Kyjov Havlíčkova navštěvuje 33 dotázaných (19,1%).

Tabulka 6 *Vzdělávací instituce*

Kategorie	Tabulka četností:Vzdělávací instituce			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Gymnázium	41	41	23,69942	23,6994
SOŠ zdravotnická a sociální	50	91	28,90173	52,6012
SOŠ a SOU automobilní	49	140	28,32370	80,9249
SOU Kyjov Havlíčkova	33	173	19,07514	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

První ročník navštěvuje 85 studentů (49,1%) a ročník čtvrtý 88 respondentů (50,9%).

Tabulka 7 *Ročník studia*

Kategorie	Tabulka četností:Ročník studia			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
1. ročník	85	85	49,13295	49,1329
4. ročník	88	173	50,86705	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Výzkumu se zúčastnilo 74 žen (42,8%) a 99 mužů (57, 2%).

Tabulka 8 *Pohlaví respondenta*

Kategorie	Tabulka četností:Pohlaví respondenta			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Ženy	74	74	42,77457	42,7746
Muži	99	173	57,22543	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Rodinné zázemí respondenta

Dalším mapovanou součástí sociodemografických charakteristik výzkumného souboru bylo rodinné zázemí respondenta. Z nabízených možností byly voleny osoby, s nimiž respondent žije ve společné domácnosti. V případě, že by respondent žil s jinou osobou, jež není ve výčtu možností uvedena, byla mu dána možnost ji uvést. Dotazníková položka

se tak stala položkou polouzavřenou. V šetření bylo zjištěno, že s matkou žije 162 respondentů, s otcem 128 respondentů, 119 dotázaných žije také se sourozencem. 17 dotázaných žije s přítelem matky či přítelkyní otce. 46 dotázaných žije ve společné domácnosti také s prarodiči, konkrétně 30 respondentů s babičkou a 16 s dědečkem. 8 z celkového počtu dotázaných uvedlo, že žijí s někým jiným. 1 respondent uvedl, že žije s tebou, 1 se strýcem, 1 s tetou a strýcem, 1 respondentka žije již s manželem a svým dítětem, jeden respondent žije s nevlastním otcem, 1 respondent žije se švagrem, Dvakrát se v dotaznících na tuto otázku objevila poněkud úsměvná odpověď "pes".

Tabulka 9 Rodinné zázemí

Proměnná	Popisné statistiky: Rodinné zázemí: Respondent žije s:				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Matkou	162	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Otcem	128	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Sourozencem	119	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Přítelem matky/přítelkyní otce	17	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Babičkou	30	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Dědečkem	16	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Někým jiným	8	1,000000	1,000000	1,000000	0,00

Vztah respondenta s rodiči

Pátá dotazníková položka zjišťovala, jak respondent hodnotí na stupnici od jedné do pěti svůj vztah s rodiči. Přičemž na numerické posuzovací škále číslo 1 vyjadřovalo velmi dobře, číslo 5 velmi špatně. Na škálové položky odpovídá zkoumaná osoba tak, že na výzkumníkem předložené škále zvolí určitý numerický bod (Chráska, 2007, s. 167). Možnost číslo 5 žádný z respondentů nezvolil. Hodnotu opačnou, tedy velmi dobrý vztah s rodiči zvolilo 74 respondentů tedy 42% dotázaných. Jako optimální je doporučováno zvolit 4-9 stupňovou škálu. Škály s lichým počtem stupňů dávají respondentovi možnost zvolit neutrální možnost a užívání výše uvedených škál je četnější (Chráska, 2007, s. 159).

Tabulka 10 Vztah s rodiči

Kategorie	Tabulka četností: Vztah s rodiči			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
1	74	74	42,77457	42,7746
2	54	128	31,21387	73,9884
3	37	165	21,38728	95,3757
4	8	173	4,62428	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Víra

Poslední dotazníkovou položkou mapující sociodemografické charakteristiky výzkumného vzorku je šestá otázka zjišťující, zda je respondent věřící. Z celkového počtu respondentů je 67 (38,7%) věřících a 106 (61,2%) nevěřících.

Tabulka 11 Víra

Kategorie	Tabulka četností: Víra			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel. četnost	Kumulativní rel. četnost
Ano, jsem věřící	67	67	38,72832	38,7283
Ne, nejsem věřící	106	173	61,27168	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

6.2 Vyhodnocení výzkumných otázek

Na základě teoretických poznatků odborné zahraniční i české literatury byly stanoveny následující dílčí výzkumné otázky, jež budou na základě verifikace hypotéz zodpovězeny. K posouzení vztahů mezi proměnnými byla aplikována neparametrická statistika, porovnání dvou nezávislých vzorků. Použit bude Mann-Whitneyův U test. Využito je také kontingenčních tabulek. Z důvodu větší přehlednosti jsou v závorkách za hypotézami uváděny čísla dotazníkových položek, s nimiž je při vyhodnocování pracováno.

Dílčí výzkumná otázka č. 1:

Jak středoškolští studenti hodnotí míru svojí informovanosti o záměrném sebepoškození v adolescenci?

H1 Ženy se subjektivně cítí více informovány než muži. (3; 8)

H1 (0) Předpokládáme, že neexistují významné rozdíly v hodnocení míry své informovanosti o problematice záměrného sebepoškození v závislosti na pohlaví.

H1 (A) Předpokládáme, že existují významné rozdíly v hodnocení míry své informovanosti o problematice záměrného sebepoškození v závislosti na pohlaví.

Vymezení proměnných

Pohlaví - položka týkající se pohlaví je nominální (nezávislá) proměnná.

Informovanost o záměrném sebepoškození - položka související s hodnocením míry informovanosti je ordinální proměnná (závislá).

Tabulka 12 Mann-Whitneyův U test (H1)

Proměnná	Mann-Whitneyův U test (List1 v tabulka) Dle proměn. Dostatek informací o záměrném sebepoškození Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$								
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2
pohlaví	4818,000	2932,000	1737,000	-0,292252	0,770094	-0,342893	0,731679	78	46

Dle výsledků U testu Manna a Whitneyho **přijímám nulovou hypotézu**, že neexistují významné rozdíly v hodnocení míry své informovanosti o problematice záměrného sebepoškození v závislosti na pohlaví.

Tabulka 13 Kontingenční tabulka (H1)

Kontingenční tabulka Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny)					
Pohlaví	Informovanost Ano	Informovanost Spíše ano	Informovanost Spíše ne	Informovanost Ne	Řádk. součty
Žena	22	33	18	1	74
Muž	15	45	28	11	99
Vš.skup.	37	78	46	12	173

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že studentky i studenti středních škol na území města Kyjov hodnotí míru své informovanosti o záměrném sebepoškození v adolescenci kladně. Z celkového počtu 74 dotázaných žen 22 zvolilo odpověď ano, 33 spíše ano, 18 spíše ne a pouze jedna z nich uvedla odpověď ne. Rozložení odpovědí u mužů vypadalo následovně. Shodně jako ženy, muži se cítí být o problematice záměrného sebepoškození dostatečně informováni. Z 99 studentů 15 zvolilo odpověď ano, 45 spíše ano, 28 spíše ne a 11 studentů určilo odpověď ne.

H2 Studenti zdravotnických oborů hodnotí míru své informovanosti lépe než studenti technických oborů. (1; 8)

H2 (0) Předpokládáme, že neexistují významné rozdíly v hodnocení míry své informovanosti v závislosti na studovaném oboru.

H2 (A): Předpokládáme, že existují významné rozdíly v hodnocení míry své informovanosti v závislosti na studovaném oboru.

Vymezení proměnných:

Vzdělávací instituce - položka týkající vzdělávací instituce, konkrétně tedy střední odborné školy zdravotnické a sociální, je nominální, nezávislou proměnnou.

Informovanost o záměrném sebepoškozování - položka související s hodnocením míry informovanosti je ordinální proměnná (závislá).

Tabulka 14 Mann-Whitneyův U test (H2)

Proměnná	Mann-Whitneyův U test (List1 v tabulka) Dle proměn. Dostatek informací o záměrném sebepoškozování Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$							
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1
Vzdělávací instituce	5080,000	2670,000	1589,000	1,057798	0,290148	1,093747	0,274067	78

Na základě neparametrické statistiky, konkrétně U-testu Manna a Whitneyho **přijímám nulovou hypotézu**, že neexistují významné rozdíly v hodnocení míry své informovanosti o problematice záměrného sebepoškozování v závislosti na studovaném oboru.

Tabulka 15 Kontingenční tabulka (H2)

Kontingenční tabulka (List1 v tabulka) Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny)					
Vzdělávací instituce	Dostatek informací o ZS Ano	Dostatek informací o ZS Spíše ano	Dostatek informací o ZS Spíše ne	Dostatek informací o ZS Ne	Řádk. součty
Gymnázium	6	20	15	0	41
SOŠ zdravotnická a sociální	19	18	12	1	50
SOŠ a SOU automobilní	8	22	11	8	49
SOU Kyjov Havlíčkova	4	18	8	3	33
Vš.skup.	37	78	46	12	173

Z výše uvedené kontingenční tabulky je zřejmé, že u všech studentů středních škol ve městě Kyjov převládá pozitivní hodnocení míry své informovanosti o sociálním jevu záměrného sebepoškozování. Studenti se tedy cítí být dostatečně informováni o této problematice. U studentů gymnázia, středního odborné školy a středního odborného učiliště automobilního a také u středního odborného učiliště Havlíčkova, byla nejčastěji volena možnost spíše ano, avšak u studentů střední odborné školy zdravotnické a sociální byla nejčastěji volena možnost ano (19 respondentů) a druhou nejčastější možnost spíše ano (18 respondentů), lze tedy shrnout, že se studenti o problematice záměrného sebepoškozování cítí být informováni.

Jak již bylo nastíněno v úvodu, s dílčí výzkumnou otázkou č. 1, souvisí také sedmá dotazníková položka zjišťující, zdali respondent zná ze svého okolí někoho, kdo se záměrně sebepoškozoval (sebepoškozuje).

Tabulka 16 Znalost osoby, jež se záměrně sebepoškozuje

Kategorie	Tabulka četností: Znalost osoby v okolí			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Ano	89	89	51,44509	51,4451
Ne	84	173	48,55491	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

V Programu Statistica 12 byla vytvořena tabulka četností, z níž je patrné, že nadpoloviční většina, tedy 89 respondentů (51,4%) ze svého okolí takovou osobu zná, 83 respondentů (48,6%) znalost osoby/osob, jenž se sebepoškozují/sebepoškozovali, neudává.

V rámci dílčí výzkumné otázky č. 1 lze z výsledků empirického šetření shrnout, že se většina studentů cítí být o sociálním jevu záměrném sebepoškozování dostatečně informována. Jak středoškolská studenta hodnotí míru svoji informovanosti o záměrném sebepoškozování v adolescenci? Odpověď ano zvolilo 37 (21,4%) dotázaných a odpověď spíše ano vybralo 78 (45,1%) respondentů. Menší procentuální zastoupení je u studentů, kteří svou informovanost jako dostatečnou nehodnotí. Odpověď spíše ne zvolilo 46 (26,6%) osob a nabízenou odpověď ne vybralo 12 (6,9%) zkoumaných studentů.

Tabulka 17 Informovanost o záměrném sebepoškozování

Kategorie	Tabulka četností: Informovanost o ZS			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Ano	37	37	21,38728	21,3873
Spíše ano	78	115	45,08671	66,4740
Spíše ne	46	161	26,58960	93,0636
Ne	12	173	6,93642	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Dílčí výzkumná otázka č. 2

Jaké jsou zdroje informací o záměrném sebepoškozování? U dílčí výzkumné otázky č. 2 se jedná o popisný problém a pro vyhodnocení této otázky využívám tedy popisné statistiky, jelikož respondenti mohli z nabízených možností označit i více odpovědí. Získaná data byla vyhodnocena v programu Statistica 12.

Tabulka 18 Zdroje informací o záměrném sebepoškozování

Proměnná	Popisné statistiky: Zdroje informací				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Školní výuka	100	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Rodiče	22	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Kamarádi	67	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Média	123	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Jiný zdroj	5	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Neslyšel/a o ZS	2	1,000000	1,000000	1,000000	0,00

Z výše uvedené tabulky je patrné, jak velkou roli mají v poskytování informací vzdělávací instituce a média (internet, televize, rádio, noviny, časopisy). Ve škole (od pedagoga, výchovného poradce) se o záměrném sebepoškozování dozvědělo 100 studentů (57,8%), z médií pak 123 respondentů (72,3%). Co se týče sociálních skupin, jsou dalším významným zdrojem informací kamarádi, následně pak rodiče. Kamarády za svůj zdroj informací určilo 67 respondentů (38,7%), rodiče 22 respondentů (12,7%). Pět respondentů (2,9%) uvedlo jiný zdroj informací. Dva respondenti uvedli, že pro ně tímto zdrojem byla přednáška, jeden respondent uvedl film, dvakrát se zde objevila také odpověď "ze života". Pouze dva jedinci (1,1%) z celkového počtu dotázaných o záměrném sebepoškozování nikde neslyšeli.

S dílčí výzkumnou otázkou č. 2 souvisela také desátá dotazníková položka zjišťující, zda byla v rámci výuky probírána problematika záměrného sebepoškozování. Respondenti vybírali ze dvou možností (ano, ne) přičemž u odpovědi ano měli uvést, v rámci jakého vyučovacího předmětu se problematikou záměrného sebepoškozování zabývali. Nadpoloviční většina respondentů volila zápornou možnost, tedy 99 dotázaných (57,2%) o záměrném sebepoškozování v rámci výuky o tomto sociálním jevu nehovořili. 74 osob (42,8%) uvedlo zařazení fenoménu záměrného sebepoškozování do předmětu jako je občanská nauka, rodinná výchova, základy společenských věd, veřejné zdravotnictví a psychologie. Dva respondenti uvedli také předmět tělesné výchovy.

Tabulka 19 *Problematika záměrného sebepoškozování v rámci školní výuky*

Kategorie	Tabulka četností: Problematika ZS v rámci školní výuky			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Ano	74	74	42,77457	42,7746
Ne	99	173	57,22543	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

V souvislosti s dílčí výzkumnou otázkou č. 2 byly mapovány také preference zdrojů informací o záměrném sebepoškozování. Respondenti označovali z nabízených možností, kde by se dle jejich názoru měli o záměrném sebepoškozování dozvědět. První nabízenou možností byla vzdělávací instituce, druhou rodiče, třetí média, čtvrtou odborník (psycholog, školní poradce, lékař), respondentovi byla samozřejmě nabídnuta možnost uvést jiný zdroj informací.

Přejdeme tedy k prvnímu nabízenému zdroji informací, tedy ke vzdělávací instituci.

Tabulka 20 *Školní výuka jako zdroj informací*

Kategorie	Tabulka četností: Školní výuka jako zdroj informací			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Určitě ano	98	98	56,64740	56,6474
Spíše ano	54	152	31,21387	87,8613
Spíše ne	15	167	8,67052	96,5318
Určitě ne	6	173	3,46821	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Možnost určitě ano zvolilo 98 respondentů (56,6%), spíše ano 54 dotázaných osob (31,2%). Je tedy patrné, že by dle většiny studentů měla být problematika záměrného sebepoškozování do školní výuky zařazena. Pouhých 12,1% dotázaných by tento fenomén do školní výuky nezahrnovalo. Odpověď spíše ne volilo 15 studentů (8,7%), možnost určitě ne určilo pouze 6 jedinců (3,5%).

Druhou nabízenou možností vztahující se ke zdrojům informací o záměrném sebepoškozování byla možnost získat informace od rodičů. I zde převažovala pozitivní hodnocení. Odpověď určitě ano zvolilo 35 dotázaných (20,2%), největší zastoupení měla odpověď spíše ano, již vybralo 80 respondentů (46,2%), 58 osob rodiče jako potenciální zdroj informací nevedlo. Konkrétně možnost spíše ne označilo 44 jedinců (25,4%) a možnost určitě ne vybralo 14 studentů (8,1%).

Tabulka 21 Rodiče jako zdroj informací

Kategorie	Tabulka četností: Rodiče jako zdroj informací			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Určitě ano	35	35	20,23121	20,2312
Spíše ano	80	115	46,24277	66,4740
Spíše ne	44	159	25,43353	91,9075
Určitě ne	14	173	8,09249	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Třetím nabízeným zdrojem informací byla média. I zde převažovaly kladné odpovědi. Možnost určitě ano zvolilo 44 respondentů (25,4%), položku spíše ano vybralo 80 dotázaných (46,2%), nabízenou možnost spíše ne označilo 41 studentů (23,7%), položka určitě ne byla zvolena osmi respondenty (4,6%).

Tabulka 22 Média jako zdroj informací

Kategorie	Tabulka četností: Média jako zdroj informací			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Určitě ano	44	44	25,43353	25,4335
Spíše ano	80	124	46,24277	71,6763
Spíše ne	41	165	23,69942	95,3757
Určitě ne	8	173	4,62428	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Poslední nabízenou možností potencionálního zdroje informací byl odborník, pod tento střešový pojem byli zahrnuti psychologové, školní poradci či lékaři. V níže uvedené tabulce je patrné, že zcela převažovaly položky určující odborníka jako důležitý zdroj informací. Možnost určitě ano zvolilo 92 dotázaných (53,2%) a spíše ano 52 (30,1%) z celkového počtu respondentů. Možnost spíše ne zvolilo 14 studentů (8,1%) a poslední nabízenou odpověď určitě ne, zvolilo 15 dotázaných, jež v procentuálním zastoupení tvoří 8,7%.

Tabulka 23 Odborník jako zdroj informací

Kategorie	Tabulka četností: Odborník jako zdroj informací			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Určitě ano	92	92	53,17919	53,1792
Spíše ano	52	144	30,05780	83,2370
Spíše ne	14	158	8,09249	91,3295
Určitě ne	15	173	8,67052	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Samozřejmě také je, že byla respondentům ponechána možnost vypsát jiný dle nich důležitý zdroj informací. Tuto nabídku zvolili tři respondenti, kteří uvedli na otázku: "Kde by ses dle Tvého názoru měl/a dozvědět informace o záměrném sebepoškozování?" následující odpovědi: "Na různých přednáškách, sama si to pohledám, prohodíme pár slov s kamarády u piva".

Shrneme-li data získaná empirickým šetřením, byla jako nejčastější zdroj informací uvedena média (internet, televize, rádio, noviny, časopisy). Jako druhý nejčastější zdroj informací o záměrném sebepoškozování byla středoškolskými studenty volena škola, třetím nejčastějším zdrojem informací byli označeni kamarádi/kamarádky. Pouze dva respondenti z celkového počtu dotázaných o záměrném sebepoškozování nikde neslyšeli. Zajímavou skutečností také je, že zdrojem informací, kde by se měl respondent o záměrném sebepoškozování, byla nejčastěji volena školní výuka jako zdroj informací, poté odborník (psycholog, školní poradce, lékař), dále média (internet, televize, rádio, noviny, časopisy) a nejméně častým zdrojem informací, kde by se měl respondent o záměrném sebepoškozování dozvědět, byli dle středoškolských studentů rodiče.

Dílčí výzkumná otázka č. 3:

Jaká je zkušenost středoškolských studentů se záměrným sebepoškozováním v adolescenci?

H3 Ženy mají se záměrným sebepoškozováním více zkušeností než muži. (3; 12)

H3 (0) Předpokládáme, že neexistují významné rozdíly ve zkušenosti se záměrným sebepoškozováním v závislosti na pohlaví.

H3 (A) Předpokládáme, že existují významné rozdíly ve zkušenosti se záměrným sebepoškozováním v závislosti na pohlaví.

Pohlaví - položka týkající se pohlaví je nominální (nezávislá) proměnná.

Zkušenost se záměrným sebepoškozováním - položka související s vlastní zkušeností se záměrným sebepoškozováním je nominální proměnná (závislá).

Tabulka 24 Mann-Whitneyův U test (H3)

Mann-Whitneyův U test Dle proměn. Vlastní zkušenost se záměrným sebepoškozováním Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$									
Proměnná	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2
pohlaví	11798,00	3253,000	2345,000	-0,450600	0,652278	-0,525819	0,599014	137	36

Dle výsledků U-testu Manna a Whitneyho **přijímám nulovou hypotézu**, že neexistují významné rozdíly ve zkušenosti se záměrným sebepoškozováním v závislosti na pohlaví.

Tabulka 25 Kontingenční tabulka (H3)

Kontingenční tabulka (List1 v tabulka) Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny)			
pohlaví	Zkušenost se ZS Ano	Zkušenost se ZS Ne	Řádk. součty
ženy	14	60	74
muži	22	77	99
Vš.skup.	36	137	173

Z celkového počtu 173 respondentů má 36 vlastní zkušenost se záměrným sebepoškozováním. 14 žen z celkového počtu 74 dotázaných žen uvedlo, že se záměrně sebepoškozovalo a z celkového počtu 99 zkoumaných mužů 22 potvrdilo vlastní zkušenost se záměrným sebepoškozováním.

V zahraniční i české literatuře jsou jako jedny z možných etiologických faktorů souvisejících se záměrným sebepoškozováním označovány rodinné faktory. Charakteristikou těchto rodin je absence modelových rolí, dle nichž by si dítě vstúpilo způsoby, jak správně překonávat stresové situace (Platznerová, 2009, s. 40). Pfefferová spojuje riziko sebepoškozujícího jednání u dětí se separací rodiny, rozvodem rodičů či alkoholismem jednoho či obou rodičů (Špatenková, 2004, s. 137). Na základě výše uvedených teoretických východisek byla vytvořena následující hypotéza:

H4 Respondenti se zkušeností se záměrným sebepoškozováním hodnotí vztah s rodiči častěji jako špatný ve srovnání s respondenty bez zkušenosti se záměrným sebepoškozováním. (5; 12)

H4 (0) Předpokládáme, že neexistují významné rozdíly v hodnocení vztahu s rodiči v závislosti na vlastní zkušenosti se záměrným sebepoškozováním.

H4 (A) Předpokládáme, že existují významné rozdíly v hodnocení vztahu s rodiči v závislosti na vlastní zkušenosti se záměrným sebepoškočováním.

Vymezení proměnných:

Vztah s rodiči - položka týkající se vztahu s rodiči je ordinální proměnná (závislá).

Zkušenost se záměrným sebepoškočováním - položka související s vlastní zkušeností se záměrným sebepoškočováním je nominální proměnná (závislá).

Tabulka 26 Mann-Whitneyův U test (H4)

Proměnná	Mann-Whitneyův U test (List1 v tabulka) Dle proměn. Vlastní zkušenost se záměrným sebepoškočováním Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$								
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2
Vztah s rodiči	11286,50	3764,500	1833,500	-2,36331	0,018113	-2,51720	0,011830	137	36

Z výsledků v příslušných tabulkách tedy vyplývá, že lze **přijmout alternativní hypotézu**, že existují významné rozdíly v hodnocení vztahu s rodiči v závislosti na vlastní zkušenosti se záměrným sebepoškočováním.

Tabulka 27 Kontingenční tabulka (H4)

Kontingenční tabulka Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny)			
Vztah s rodiči	Zkušenost se ZS Ano	Zkušenost se ZS Ne	Řádk. součty
1	10	64	74
2	10	44	54
3	15	22	37
4	1	7	8
Vš.skup.	36	137	173

Ve výše uvedené tabulce je vztah s rodiči vyznačen čísly 1 - 4. Respondent hodnotil na stupnici od jedné do pěti svůj vztah s rodiči. Přičemž na numerické posuzovací škále číslo 1 vyjadřovalo velmi dobře, číslo 5 velmi špatně. V tabulce jsou zobrazeny pouze položky 1-4, jelikož možnost číslo 5 žádný z respondentů nezvolil.

Z kontingenční tabulky lze snadno zjistit, že 74 respondentů hodnotilo svůj vztah s rodiči jako velmi dobrý a současně 64 z nich nemá vlastní zkušenost se záměrným sebepoškočováním. Druhý bod na pětibodové škále označilo 54 respondentů a většina těchto studentů

(44) zkušenost se záměrným sebepoškozováním neuvádí. Zajímavé je však třetí pole kontingenční tabulky, v němž je zaznamenáno, že 37 respondentů zvolilo střední hodnotu z výběrové škálové položky, z nichž 22 studentů se záměrným sebepoškozováním vlastní zkušenost nemá, avšak 15 z nich tuto zkušenost deklaruje. Pouhých 8 studentů zvolilo na bodové škále číselnou položku číslo 4, jež je jistým negativním hodnocením vztahu s rodiči. 7 z těchto respondentů zkušenost se záměrným sebepoškozováním nepotvrzuje.

Z níže uvedené tabulky četností je patrné, že četnost sebepoškozujících jedinců ve výzkumném vzorku je poměrně vysoká. Vlastní zkušenost se záměrným sebepoškozováním uvedlo 36 osob (20,8%) z celkového počtu 173 studentů na kyjovských středních školách. Potvrdilo se tedy, že problematika záměrného sebepoškozování je velmi aktuální.

Tabulka 28 *Zkušenost se záměrným sebepoškozováním*

Kategorie	Tabulka četností: Zkušenost se ZS			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel. četnost	Kumulativní rel. četnost
Ano	36	36	20,80925	20,8092
Ne	137	173	79,19075	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Dotazníkové položky číslo 13-17 byly určeny pouze pro respondenty, kteří potvrdili, že mají vlastní zkušenost se sebepoškozujícím chováním. Ostatní respondenti přešli k zodpovězení dotazníkové položky číslo 18.

Období první epizody záměrného sebepoškození

Budeme-li pokračovat v chronologické analýze získaných dat související s dílčí výzkumnou otázkou č. 3, zjistíme, že třináctá dotazníková položka týkající se pouze respondentů se zkušeností se záměrným sebepoškozováním mapovala, v jakém věku si student či studentka poprvé ublížil/a. Zkoumáno tedy bylo období první epizody záměrného sebepoškození. 12 z 36 studentů (6,9%) uvedlo, že k první epizodě sebepoškozujícího jednání u nich došlo ve věku 12 - 13 let. 10 respondentů (5,8%) uvedlo, že si ublížilo věku 14 - 15 let a shodný počet respondentů se záměrně sebepoškodil ve věku 16 - 17 let. Pouze 4 studenti (2,3%) zvolili možnost 12 a méně let. V dotazníku byla také možnost 18 a více let, tu však žádný ze studentů nevybral. Výsledky mého šetření se částečně shodují s odbornými studiemi, které uvádějí, že vznik záměrného sebepoškozování začíná nejčastěji v období mladší adolescence (Sutton, 2005, Nichols (2002 In Kriegelová, 2008, s. 48-49), což bylo také

predikováno i ve dřívějších studiích, například Favazza (1987 In Kriegelová, 2008, s. 48) stanovuje věk 14 let jako hranici prvotní epizody záměrného sebepoškození. Levenkron (1989 In Kriegelová, 2008, s. 48) tento údaj snižuje a za období vzniku pokládá již 13. rok věku.

Tabulka 29 *Období první epizody záměrného sebepoškození*

Kategorie	Tabulka četností: Období první epizody ZS			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
12 a méně let	4	4	2,31214	2,3121
12 - 13 let	12	16	6,93642	9,2486
14 - 15 let	10	26	5,78035	15,0289
16 - 17 let	10	36	5,78035	20,8092
ChD	137	173	79,19075	100,0000

V empirickém šetření bylo dále zjišťováno, zda se sebepoškozující se jedinec nějaké osobě o svém jednání svěřil. Z níže uvedené tabulky je patrné, že se více respondentů, konkrétně tedy 21 (12,1%) se o svém jednání nikomu nezmínilo. 15 osob (8,7%) se někomu svěřilo. V následujících otázkách se dozvíme, komu studenti důvěřují nejvíce.

Tabulka 30 *Svěření se o záměrném sebepoškození*

Kategorie	Tabulka četností: Svěření se o záměrném sebepoškození			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Ano	15	15	8,67052	8,6705
Ne	21	36	12,13873	20,8092
ChD	137	173	79,19075	100,0000

Studie poukazují na fakt, že se nejdříve o sebepoškozujícím jednání svých vrstevníků dozvědí kamarádi a spolužáci dotyčného či dotyčné. Jsou tedy postaveni do pole primárního kontaktu v detekci a potencionální intervenci sebepoškození (Platznerová, 2009, s. 117). Totéž potvrzuje i šetření pro účely této diplomové práce. Nejvíce studentů, tedy čtrnáct se opravdu svěřilo svému kamarádovi, pět také svému partnerovi či partnerce. Jeden respondent by nejvíce důvěřoval rodiči, jeden dotázaný zvolil svěřil/a bych se někomu jinému a do poznámky uvedl "všichni to ví".

Tabulka 31 *Osoba primárního kontaktu*

Proměnná	Popisné statistiky: Kumu se respondent o ZS svěčil:				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Rodiči	1	1,000000	1,000000	1,000000	
Prarodiči	0				
Sourozenci	0				
Partnerovi/partnerce	5	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Kamarádovi/kamarádce	14	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
učiteli/učitelce	0				
Odborníkovi	0				
Linka důvěry	0				
Někdo jiný	1	1,000000	1,000000	1,000000	

Motivy sebepoškozujícího jednání

Šestnáctá dotazníková položka zjišťovala, co studenta či studentku vedlo k tomu, aby si sám/sama ublížil/a (případně ubližoval/a). V níže uvedené tabulce jsou na základě prostudování odborné literatury sestaveny motivy, které mohly vést k záměrnému sebepoškození.

Tabulka 32 *Motivy záměrného sebepoškození*

Proměnná	Popisné statistiky: Motivy záměrného sebepoškození				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Snaha upoutat pozornost	1	1,000000	1,000000	1,000000	
Fyzická bolest je tišením bolesti psychické	11	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Uvolnění vzteku, napětí	12	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Smutek, úzkost	20	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Potrestání se	3	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Způsob kontroly	2	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Způsob překonání stresové situace	5	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Nenávist sebesama	7	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Pocit izolace	1	1,000000	1,000000	1,000000	
Pocit bezmocnosti	6	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Pocit nedůvěry v sebe sama	6	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Nemožnost vyjádřit pocity jiným způsobem	1	1,000000	1,000000	1,000000	
Pocit, že mě nikdo nechápe	5	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Nevím	6	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Jiný důvod	1	1,000000	1,000000	1,000000	

Z tabulky je patrné, že nejčastějším motivem sebepoškozujícího jednání byl dle 20 respondentů smutek, úzkost, 12 dotázaných osob vedlo k záměrnému sebepoškození uvolnění vzteku, napětí a pro 11 jedinců byla fyzická bolest tišením bolesti psychické. Ostatní důvody nebyly voleny s takovou četností, vyjmenujme je však chronologicky. Pro sedm re-

spondentů byla motivem nenávisť sebe sama, pro šest respondentů byl signifikantní pocit bezmocnosti a pocit nedůvěry v sebe sama. Pět studentů záměrným sebepoškozením překonávalo stresovou situaci a pocit nepochopení, pro tři jedince bylo záměrné ublížení si způsobem jak se potrestat. Nejmenší zastoupení měly motivy jako snaha upoutat pozornost, pocit izolace a nemožnost vyjádřit pocity jiným způsobem. Šest respondentů neví, co je k záměrnému sebepoškození vedlo a jeden respondent uvedl jako motiv záměrného sebepoškození konkrétní důvod, a to rozvod rodičů.

Metody záměrného sebepoškození

Poslední dotazníkovou položkou určenou pouze pro studenty se zkušeností se záměrným sebepoškozením byla sedmnáctá položka, pomocí níž byly zjišťovány konkrétní způsoby (metody) sebepoškozujícího jednání. Nabízené možnosti byly opět sestaveny na základě odborné literatury a student mohl vybrat i více z nich, nebyl tak tedy omezen jednou nabízenou metodou záměrného sebepoškození. Carr-Gregg (2013, s. 112) uvádí jako nejčastější formu sebepoškození metody spojené s kůží, konkrétně řezání a pálení. Totéž se prokázalo také v mém výzkumu. Z celkového počtu 36 osob, jež se záměrně sebepoškozují/sebepoškozovali 17 uvedlo, že metodou, kterou si ubližovali, bylo právě sebeřezání. Devět respondentů se sebezraňovalo škrábáním se do krve, šest pálením kůže, propichováním kůže, pět nárazy tělem do tvrdých předmětů, tři respondenti uvedli užití škodlivých látek, dvakrát byla uvedena jako metoda záměrného sebepoškození kousání se a jedenkrát vytrhávání si vlasů neboli trichotilomanie. Nabízenou možnost sebetlučení nezvolil žádný z oslovených studentů. Respondentům byla samozřejmě dána možnost uvést jiný důvod či způsob sebepoškození, v této kategorii se objevily odpovědi piercing, tunel a střelba.

Tabulka 33 *Metody záměrného sebepoškození*

Proměnná	Popisné statistiky: Metody záměrného sebepoškození				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Sebeřezání	17	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Pálení kůže	6	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Škrábání se do krve	9	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Propichování kůže	6	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Vytrhávání vlasů	1	1,000000	1,000000	1,000000	
Kousání se	2	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Sebetlučení	0				
Nárazy tělem	5	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Užití škodlivých látek	3	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Jiný způsob	2	1,000000	1,000000	1,000000	0,00

Osmnáctá dotazníková položka již byla určena pro všechny studenty a zjišťovala, jak by se studenti zachovali, kdyby se jim kamarád či kamarádka svěřila, že se záměrně sebepoškozují a ocitli se tak v poli primárního kontaktu se záměrným sebepoškozováním. I v této dotazníkové položce mohli respondenti zvolit i více nabízených výčtových položek. Opět za pomoci popisné statistiky uvedu jejich výčet. První z nich byla snaha záměrné sebepoškozování danému jedinci rozmluvit a další osobu o tomto faktu neinformovat. Tuto možnost reakce zvolila naprostá většina respondentů a to 118. 43 respondentů by kontaktovalo odborníka, 34 studentů by se pokusilo záměrné sebepoškozování dané osobě rozmluvit a současně by se o tomto problému zmínilo i jiné kamarádce či kamarádovi. 32 zkoumaných osob by kontaktovalo rodiče sebepoškozující se osoby. Ve dvanácti případech by student udělal něco jiného. Konkrétní odpovědi těchto respondentů byly následující:

- Pokusila bych se jí pomoci, probrala to s ní.
- Snažila se ji vyslechnout, pomoci jí.
- Nejdříve bych se jí snažila pomoci sama, a kdyby to nepomohlo, zvolila bych odborníka.
- Snažila bych se porozumět tomu, proč to vlastně dělá a pokusila bych se s ní o tom všem promluvit, o její budoucnosti atp.
- Snažila bych se to s ní/ním rozebrat a najít příčinu.
- Nebo bych to neřešila, je to její život a ať dělá, co myslí, že je dobré.
- Řekl bych, že není sama/sám kdo se sebepoškozují.
- Je to jeho věc.
- Řekl bych mu/jí, že je úplně tupý/tupá a že je to zbytečné, ať toho nechá.
- Pokusil bych se ho přesvědčit, aby vyhledal pomoc.

Jak je patrné z níže uvedené tabulky, nejméně studentů by kontaktovalo učitele/učitelku. Tuto možnost z celkového počtu dotázaných studentů zvolilo pouze devět respondentů.

Tabulka 34 *Reakce respondenta*

Proměnná	Popisné statistiky: Reakce respondenta				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Rozmluvení ZS	118	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Rozmluvení ZS + sdělení	34	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Kontaktování rodičů	32	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Kontaktování pedagoga	9	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Kontaktování odborníka	43	1,000000	1,000000	1,000000	0,00
Jiná reakce	12	1,000000	1,000000	1,000000	0,00

Jaká je zkušenost středoškolských studentů se záměrným sebepoškočováním v adolescenci? Z celkového počtu 173 dotázaných středoškolských studentů má se záměrným sebepoškočováním vlastní zkušenost 36 respondentů. Konkrétně tedy 14 žen z celkového počtu 74 dotázaných žen a 22 z 99 mužů. Pouze 15 respondentů se o svém jednání nemlčelo (ve 14 případech se respondent svěřil kamarádovi či kamarádce, v 5 případech potom partnerovi/partnerce). Nejčastějšími motivy sebepoškozujícího jednání byl smutek, úzkost, dále uvolnění vzteku napětí a třetí nejčastěji volený důvod byl "fyzická bolest je tišením bolesti psychické. Co se týče preference volených metod záměrného sebepoškozování, nejčastěji volenou metodou bylo sebeřezání a škrábání se do krve. Posledním zkoumaným jevem v souvislosti s dílčí výzkumnou otázkou číslo tři byla reakce respondenta v poli primárního kontaktu se záměrně sebepoškozující se osobou. Naprostá většina respondentů by v případě zjištění sebepoškozujícího jednání u své kamarádky/kamaráda situaci řešila pokusem o rozmluvení záměrného sebepoškozování bez informování jiné osoby.

Dílčí výzkumná otázka č. 4:

Motivem k sebepoškozování bývá nemožnost nalézt uspokojivý způsob či techniku vyrovnání se s psychickou zátěží a negativními pocity. Do dotazníku byly také zařazeny položky týkající se způsobů vyrovnávání se s psychickou zátěží, zvládání stresu a konfliktních situací.

Jak středoškolští studenti hodnotí svoji schopnost vyrovnávat se s psychickou zátěží v souvislosti s prevencí záměrného sebepoškozování?

H5 Psychickou zátěž udávají častěji osoby s vlastní zkušeností se záměrným sebepoškozováním, než osoby bez této zkušenosti. (12; 20)

H5 (0) Předpokládáme, že neexistují významné rozdíly v udávání psychické zátěže v závislosti na vlastní zkušenosti se záměrným sebepoškozováním.

H5 (A) Předpokládáme, že existují významné rozdíly v udávání psychické zátěže v závislosti na vlastní zkušenosti se záměrným sebepoškozováním.

Vymezení proměnných:

Zkušenost se záměrným sebepoškozováním - položka související s vlastní zkušeností se záměrným sebepoškozováním je nominální proměnná (závislá).

Psychická zátěž - položka je ordinální (závislou) proměnnou.

Tabulka 35 Mann-Whitneyův U test (H5)

Proměnná	Mann-Whitneyův U test Dle proměn. Zkušenost se ZS Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$								
	Sčt poč. skup. 1	Sčt poč. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2
Vztah s rodiči	11286,50	3764,500	1833,500	-2,36331	0,018113	-2,51720	0,011830	137	36

Na základě výsledků U-testu Manna a Whitneyho **přijímám alternativní hypotézu**, že existují významné rozdíly v udávání psychické zátěže v závislosti na vlastní zkušenosti se záměrným sebepoškozováním. Psychická zátěž je častěji udávána osobami, jež mají vlastní zkušenost se záměrným sebepoškozováním, než u jedinců, jež sebepoškozující jednání neudávají.

Tabulka 36 Kontingenční tabulka (H5)

Kontingenční tabulka (List1 v tabulka) Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny)					
Zkušenost se ZS	Psychická zátěž Ano	Psychická zátěž Spíše ano	Psychická zátěž Spíše ne	Psychická zátěž Ne	Řádk. součty
Ano	14	13	9	0	36
Ne	20	45	55	17	137
Vš.skup.	34	58	64	17	173

Z dat uvedených v kontingenční tabulce vyplývá, že z 36 osob, jež uvedly zkušenost se sebeпоškozujícím jednáním, 27 pociťuje psychickou zátěž. Konkrétně odpověď ano zvolilo 14 respondentů, možnost spíše ano uvedlo 13 studentů. Zbývajících devět respondentů psychickou zátěž spíše nepociťuje.

Z celkového počtu respondentů nejvíce osob uvedlo, že se spíše necítí být pod psychickou zátěží, konkrétně tedy 64 (36,9), naopak 58 (33,5 %) dotázaných se pod psychickou zátěží spíše cítí být. Nabízenou odpověď ano zvolilo 34 dotázaných (19,7%), odpověď ne vybralo pouze 17 studentů, tedy 9,8% z celkového počtu dotázaných. Z níže uvedené tabulky, je tedy patrné, že více respondentů určitou psychickou zátěž udává.

Tabulka 37 *Přítomnost psychické zátěže*

Kategorie	Tabulka četností: Přítomnost psychické zátěže			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Ano	34	34	19,65318	19,6532
Spíše ano	58	92	33,52601	53,1792
Spíše ne	64	156	36,99422	90,1734
Ne	17	173	9,82659	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Další podstatnou částí výzkumu bylo zjistit, zda studenti, kteří uvedli, že se zkoušeli sebeпоškodit se domnívají, že disponují schopností se s psychickou zátěží vypořádat, jelikož dle teoretických východisek bývá hlavním motivem k sebeпоškozování nemožnost nalézt jiný způsob vyrovnávání se s psychickou zátěží.

H6 Schopnost vyrovnávat se s psychickou zátěží udávají častěji osoby bez vlastní zkušenosti se záměrným sebeпоškozováním, než osoby s touto zkušeností. (12; 21)

H6 (0) Schopnost vyrovnávat se s psychickou zátěží udávají stejně tak osoby se zkušeností se záměrným sebeпоškozováním jako osoby záměrně nepoškozující se.

H6 (A) Schopnost vyrovnávat se s psychickou zátěží udávají častěji osoby bez zkušenosti se záměrným sebeпоškozováním než osoby záměrně nepoškozující se.

Vymezení proměnných:

Zkušenost se záměrným sebeпоškozováním - položka související s vlastní zkušeností se záměrným sebeпоškozováním je nominální proměnná (závislá).

Dovednost vyrovnat se s psychickou zátěží - položka je ordinální (závislou) proměnnou.

Tabulka 38 Mann-Whitneyův U test (H6)

Proměnná	Mann-Whitneyův U test (List1 v tabulka) Dle proměn. Dovednost vyrovnávat se s psychickou zátěží Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$								
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2
Zkušenost se ZS	6506,50	3363,50	2138,50	0,39537	0,69256	0,62721	0,53052	91	49

Na základě výsledků získaných pomocí Mann-Whitneyova U testu zamítám hypotézu alternativní a **přijímám nulovou hypotézu**. Tedy schopnost vyrovnávat se s psychickou zátěží udávají stejně tak osoby se zkušeností se záměrným sebepoškozováním jako osoby záměrně nepoškozující se.

Tabulka 39 Kontingenční tabulka (H6)

Kontingenční tabulka: Schopnost vyrovnávání se psych. zátěží Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny)					
Zkušenost se ZS	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Řádk. součty
Ano	9	13	11	3	36
Ne	40	78	18	1	137
Vš.skup.	49	91	29	4	173

Z údajů uvedených v kontingenční tabulce je patrné, že z celkového počtu 36 jedinců uvádějících vlastní zkušenost se záměrným sebepoškozováním se 22 domnívá, že se dovedou s psychickou zátěží vyrovnávat. Odpověď ano zvolilo 9 respondentů, možnost spíše ano 13 respondentů. 11 studentů uvedlo, že se s psychickou zátěží vyrovnávat spíše nedovedou, 3 studenti pak zvolili nabízenou možnost ne.

Zajímavými jsou také data obsažena v druhém řádku kontingenční tabulky. Z celkového počtu 137 studentů nemajících vlastní zkušenost se záměrným sebepoškozováním, většina udává, že se s psychickou zátěží vyrovnat dovedou. Odpověď ano uvedlo 40 studentů, největší zastoupení měla položka spíše ano, již zvolilo 78 dotázaných. 18 studentů uvedlo, že se s psychickou zátěží spíše nedovede vyrovnat a pouze jeden respondent zvolil možnost ne.

Zhodnotíme-li četnosti nabízených odpovědí u celého výzkumného souboru, zjistíme, že nadpoloviční většina studentů udává, že se s psychickou zátěží vyrovnat dovede. Nabízenou kategorii odpovědi spíše ano zvolilo 91 respondentů (52,6%) a odpověď ano vybralo 49 dotázaných (28,3%). 29 zkoumaných osob (16,8%) se domnívá, že s psychickou zátěží

spíše vyrovnat neumí a pouze 4 respondenti (2,3%) zvolili čtvrtou nabízenou kategorii, a to odpověď ne.

Tabulka 40 *Vyrovňávání se s psychickou zátěží*

Kategorie	Tabulka četností: Dovednost vyrovnávat se s psychickou zátěží			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Ano	49	49	28,32370	28,3237
Spíše ano	91	140	52,60116	80,9249
Spíše ne	29	169	16,76301	97,6879
Ne	4	173	2,31214	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

V souvislosti s prevencí záměrného sebepoškozování bylo důležité zjistit, zda studenti hovořili v rámci výuky o způsobech, jak se vyrovnat s psychickou zátěží, zvládat stres, konfliktní situace. Studenti měli na výběr zvolit jednu ze dvou vzájemně se vylučujících odpovědí ano či ne, zvolili-li první z možností, bylo třeba uvést, v rámci jakého předmětu o této problematice hovořili. 102 studentů (58,95%) zařazení témat týkajících se zvládnání psychické zátěže a stresových situací do výuky neudala. 71 respondentů (41,04%) se v rámci školní výuky s touto problematikou seznámila. Nyní vyjmenuji předměty, které studenti v rámci odpovědi ano uvedli - občanská nauka, základy společenských věd, veřejné zdravotnictví, psychologie, rodinná výchova, výchova ke zdraví, exkurze. Za zmínku stojí také poznámka jednoho ze studentů, který k odpovědi ne připsal "Věci ze života škola neučí."

Tabulka 41 *Problematika zvládnání psychické zátěže*

Kategorie	Tabulka četností: Problematika zvládnání psychické zátěže			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Ano	71	71	41,04046	41,0405
Ne	102	173	58,95954	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Vyhledání pomoci v těžké životní situaci

Nyní přejdeme k poslední dotazníkové položce, v níž respondenti označovali z nabízených možností, co by se dle jejich názoru či zkušeností mohlo pomoci v těžké životní situaci. V každém řádku tabulky respondent volil, do jaké míry by nabízená kategorie mohla být nápomocna. První nabízenou kategorií byla možnost svěřit se rodičům. Položku určitě ano zvolilo 86 respondentů (47,7%), spíše ano 59 dotázaných osob (34,1%). Je tedy patrné,

že by většina studentů možnost svěřit se rodičům určitě uvítala. Pouhých 16,2% dotázaných by tuto možnost neuvítalo. Odpověď spíše ne volilo 23 studentů (13,3%), možnost určitě ne určilo pouze 5 jedinců (2,9%).

Tabulka 42 *Možnost svěřit se rodičům*

Kategorie	Tabulka četností: Možnost svěřit se rodičům			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Určitě ano	86	86	49,71098	49,7110
Spíše ano	59	145	34,10405	83,8150
Spíše ne	23	168	13,29480	97,1098
Určitě ne	5	173	2,89017	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Druhou předkládanou možností byla možnost pohovořit si v těžké životní situaci s kamarádkou či kamarádem. Také zde naprosto převažovala pozitivní hodnocení. Odpověď určitě ano zvolilo 99 dotázaných (57,2%), jež měla největší zastoupení. Odpověď spíše ano vybralo 65 respondentů (37,6%), pouhých 9 osob možnost pohovořit si s kamarádem či kamarádkou jako pomoc v těžké životní situaci hodnotilo záporně. Konkrétně možnost spíše ne označilo 8 jedinců (4,6%) a možnost určitě ne vybral pouze 1 respondent (0,6%).

Tabulka 43 *Možnost pohovořit si s kamarádem/kamarádkou*

Kategorie	Tabulka četností: Rozhovor s kamarádem			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Určitě ano	99	99	57,22543	57,2254
Spíše ano	65	164	37,57225	94,7977
Spíše ne	8	172	4,62428	99,4220
Ne	1	173	0,57803	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Třetím nabízeným zdrojem pomoci v těžké životní situaci byl rozhovor se sourozencem. I v této kategorii převažovaly kladné odpovědi. Možnost určitě ano zvolilo 63 respondentů (36,4%), položku spíše ano vybralo 52 dotázaných (30,6%), nabízenou možnost spíše ne označilo 38 studentů (21,9%), položka určitě ne byla zvolena 20 respondenty (11,6%).

Tabulka 44 *Možnost pohovořit si se sourozencem*

Kategorie	Tabulka četností: Možnost pohovořit si se sourozencem			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Určitě ano	63	63	36,41618	36,4162
Spíše ano	52	115	30,05780	66,4740
Spíše ne	38	153	21,96532	88,4393
Určitě ne	20	173	11,56069	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Rozhovor s odborníkem (psychologem, výchovným poradcem) by většina respondentů jako variantu pomoci v těžkých životních okolnostech také uvítala. 62 studentů (35,8%) zvolilo položku určitě ano, možnost spíše ano zakřížkovalo nejvíce osob, celkem 70 (40,5%). Záporné varianty vybralo 41 jedinců, z tohoto počtu 30 studentů (17,3%) zvolilo nabízenou kategorii spíše ne, 11 respondentů (6,4%) vybralo poslední variantu určitě ne.

Tabulka 45 *Rozhovor s odborníkem*

Kategorie	Tabulka četností: Rozhovor s odborníkem			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Určitě ano	62	62	35,83815	35,8382
Spíše ano	70	132	40,46243	76,3006
Spíše ne	30	162	17,34104	93,6416
Určitě ne	11	173	6,35838	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Předposlední předkládanou možností, jež byla součástí dvaadvacáté dotazníkové položky, bylo využití linky důvěry jako formy pomoci v nelehké situaci. Tuto možnost by oproti předchozím možnostem většina respondentů nezvolila. 82 zkoumaných osob (47,4%) označilo možnost spíše ne a 53 osob (30,6%) zvolilo předkládanou kategorii určitě ne. Co se týče kladných nabízených odpovědí, možnost spíše ano vyznačilo 34 studentů (19,7%) a variantu určitě ano by zvolili pouze 4 dotázaní (2,3%).

Tabulka 46 *Linka důvěry*

Kategorie	Tabulka četností: Linka důvěry			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Určitě ano	4	4	2,31214	2,3121
Spíše ano	34	38	19,65318	21,9653
Spíše ne	82	120	47,39884	69,3642
Určitě ne	53	173	30,63584	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Svěřit se anonymně na internetu bylo znění poslední předkládané možnosti, jak nalézt pomoc. I když je internet podstatnou součástí života každého (nejen) adolescenta, možnost anonymního svěření se například na nějakém z blogů, či sociální síti by většina dotázaných studentů spíše nezvolila. Z tabulky četností vztahující se k této kategorii je zřejmé, že největší procentuální zastoupení má odpověď určitě ne (56,1%), již označila nadpoloviční většina respondentů, konkrétně 97. Další nejčastěji volenou variantou byla kategorie spíše ne, kterou preferuje 52 respondentů (30,6%). Kladnou variantu spíše ano zvolilo 17 studentů (9,8%), kategorii určitě ano pouze 7 osob (4,0%) z celkové počtu dotázaných.

Tabulka 47 *Svěřit se anonymně na internetu*

Kategorie	Tabulka četností: Svěřit se anonymně na internetu			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
Určitě ano	7	7	4,04624	4,0462
Spíše ano	17	24	9,82659	13,8728
Spíše ne	52	76	30,05780	43,9306
Určitě ne	97	173	56,06936	100,0000
ChD	0	173	0,00000	100,0000

Také u otázky mapující preferované formy pomoci v těžké životní situaci mohl respondent v případě, že mu žádná z nabízených možností nevyhovovala, zvolit kategorii „pomohlo by mi něco jiného“ a vyjádřit co by mu dle jeho zkušeností mohlo pomoci. Této možnosti využilo 9 respondentů. Nyní uvedu formy pomoci, jež tito studenti navrhli.

- Klid, hudba.
- Zájmy, koníčky, příroda, víra.
- Udělal bych si z toho srandu.
- Alkohol.
- Kněz, řádová sestřička.
- Vyšší fyzická zátěž - náročnější práce a sport.

- Dát si štamprlu jenom tak na chuť.
- Nikomu se nesvěřuju, své problémy si řeším sám, stejně jako si srovnávám své myšlenky v "těžké životní situaci".
- Zamyslet se sám nad sebou.

7 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Vyhodnocení výsledků empirického šetření bylo členěno na dvě části, a to na sjednocení sociodemografických charakteristik výzkumného vzorku, jakými jsou pohlaví, druh vzdělávací instituce, již student navštěvuje, ročník studia, rodinné zázemí či vyznání. Druhá část byla zaměřena na vyhodnocení vztahů vedoucích k vyvrácení či potvrzení daných hypotéz za pomoci statistických testů. Na základě vyhodnocení bylo dospěno k následujícím závěrům:

Výzkumu se zúčastnilo 173 studentů prvních a čtvrtých ročníků středních škol na území města Kyjov. Do empirického šetření byly zahrnuty všechny střední školy ve městě Kyjov, jmenovitě tedy Střední odborná škola a střední odborné učiliště automobilní Kyjov, Nádražní 471, Střední odborné učiliště Kyjov, Havlíčkova 1273/17, Klvaňovo gymnázium a Střední odborná škola zdravotnická a sociální Kyjov, Komenského 549. Ve výzkumném vzorku převažovali muži, zastoupení studentů 1. a 4. ročníků bylo téměř rovnoměrné.

Šetření ukázalo, že 66% studentů hodnotí míru své informovanosti o záměrném sebepoškozování v adolescenci kladně, převládá tedy pozitivní hodnocení míry své informovanosti o záměrném sebepoškozování. Konkrétně tedy 74,3% žen a 60,6% mužů se o tomto sociálním jevu cítí být informováno. Nejčastějším zdrojem informací jsou pro středoškolské studenty média (internet, televize, rádio, noviny, časopisy), školní výuka a kamarádi/kamarádky. Pouze dva respondenti z celkového počtu dotázaných o záměrném sebepoškozování nikde neslyšeli. Zajímavou skutečností také je, že zdrojem informací, kde by se měl respondent o záměrném sebepoškozování dozvědět, byla nejčastěji volena školní výuka jako zdroj informací, poté odborník (psycholog, školní poradce, lékař), dále média (internet, televize, rádio, noviny, časopisy).

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno také na zkušenost středoškolských studentů se záměrným sebepoškozováním v adolescenci. Z celkového počtu 173 dotázaných má 36 respondentů vlastní zkušenost se záměrným sebepoškozováním, což tvoří 20,8% z výzkumného vzorku. Sebeпоškozující jednání potvrdilo 14 žen a 22 mužů. Obdobím první epizody záměrného sebepoškození byl nejčastěji označen věk 12 - 13 let. Zajímalo nás také, zda se sebeпоškozující se osoba někomu o svém jednání svěřila. 41,6% studentů udávajících zkušenost se záměrným sebepoškozováním informovalo o svém jednání nejčastěji kamarádka/kamarád či partnera/partnerku. Ve více než polovině případů nebyla informována další osoba. Nejčtenějšími motivy sebeпоškozujícího jednání byl smutek, úzkost, dále uvolnění

vzteku napětí a třetí nejčastěji volený důvod byl "fyzická bolest je tišením bolesti psychické". Co se týče preference volených metod záměrného sebepoškozování, nejčastěji volenou metodou bylo sebeřezání a škrábání se do krve. Komparovali bychom výsledky empirického šetření s teoretickými východisky, mnohé z výstupů by byly shodné.

Motivem k sebepoškozování bývá nemožnost nalézt uspokojivý způsob či techniku vyrovnání se s psychickou zátěží, konfliktními situacemi či negativními pocity. V souvislosti s prevencí byly do empirické části zahrnuty také položky týkající se vyrovnávání se s psychickou zátěží. Dle výsledků empirického šetření je psychická zátěž častěji udávána osobami, jež mají vlastní zkušenost se záměrným sebepoškozováním, než jedinci, jež sebepoškozující jednání neudávají. Avšak schopnost vyrovnávat se s psychickou zátěží přiznávají stejně tak osoby se zkušeností se záměrným sebepoškozováním jako osoby záměrně nepoškozující se.

Výzkum byl dále orientován na posouzení vztahů mezi proměnnými a verifikaci stanovených hypotéz. V níže uvedené tabulce je uveden souhrn hypotéz a ověření výsledku.

Tabulka 48 *Souhrn hypotéz*

	Hypotéza	Ověření výsledku
H1	Ženy se subjektivně cítí více informovány než muži.	Nepotvrzena
H2	Studenti zdravotnických oborů hodnotí míru své informovanosti lépe než studenti technických oborů.	Nepotvrzena
H3	Ženy mají se záměrným sebepoškozováním více zkušeností než muži.	Nepotvrzena
H4	Respondenti se zkušeností se záměrným sebepoškozováním hodnotí vztah s rodiči častěji jako špatný ve srovnání s respondenty bez zkušenosti se záměrným sebepoškozováním.	Potvrzena
H5	Psychickou zátěž udávají častěji osoby s vlastní zkušeností se záměrným sebepoškozováním než osoby bez této zkušenosti.	Potvrzena
H6	Schopnost vyrovnávat se s psychickou zátěží udávají častěji osoby bez vlastní zkušenosti se záměrným sebepoškozováním než osoby s touto zkušeností.	Nepotvrzena

V předkládaném výzkumu byly z šesti hypotéz potvrzeny pouze dvě. Jednalo se o tvrzení, kdy respondenti se zkušeností se záměrným sebepoškozováním hodnotí vztah s rodiči častěji jako špatný ve srovnání s respondenty bez zkušenosti se záměrným sebepoškozováním. Další potvrzená hypotéza uváděla, že psychickou zátěž udávají častěji osoby s vlastní zkušeností se záměrným sebepoškozováním, než osoby bez této zkušenosti.

Dle výsledků provedeného šetření je zcela zřejmé, že problematika záměrného sebepoškozování je tématem velmi aktuálním, jelikož procentuální zastoupení osob se zkušeností s tímto fenoménem je nemalé. V souvislosti s prevencí záměrného sebepoškozování by bylo třeba se tímto sociálním jevem v dalších výzkumech zabývat.

ZÁVĚR

Předkládaná práce byla orientována na problematiku informovanosti středoškolských studentů o záměrném sebepoškozování v adolescenci. V teoretické části práce byl fenomén záměrného sebepoškozování explikován o sobě samém a také v relaci k adolescentní populaci. Přiblížena byla rovněž taxonomie, etiologie, specifické metody a rizikové faktory tohoto jednání. V kontextu výše uvedeného bylo charakterizováno období adolescence, jelikož představuje životní etapu, kdy je výskyt záměrného sebepoškozování nejfrekventovanější. Zásadní součást teoretického úseku práce tvoří problematika prevence a léčby záměrného sebepoškozování, jelikož je právě tato oblast považována za nedostatečně probádanou. Pozornost byla zaměřena na prevenci primární, sekundární i terciální, nastíněny byly možnosti prevence v kontextu rodiny, vrstevníků i vzdělávacích institucí jakožto signifikantních faktorů v socializaci jedince. Explikovány byly také možnosti odborné pomoci, tedy psychoterapie, dialektická behaviorální terapie, kognitivní terapie, racionálně-emotivní terapie, terapie zaměřená na řešení problému, interpersonální skupinová terapie, hypnóza, relaxace, muzikoterapie a medikamentózní léčba.

Jako obsahově nejnutnější část práce lze považovat charakteristiku konkrétních metod a technik příznivých právě v léčbě sebepoškozujících se osob. Jsou jimi technika mostu, kladné imaginace, či metody spojené s respirací, například metoda počítání dechů, těloskenovací dýchání, či metoda nesoucí název bílé světlo, černý kouř.

Cílem empirického šetření bylo zjistit, jaká je informovanost a zkušenosti středoškolských studentů se záměrným sebepoškozováním v adolescenci. Šetření ukázalo, že převládá pozitivní hodnocení míry své informovanosti o záměrném sebepoškozování. Nejčastějším zdrojem informací jsou pro středoškolské studenty média (internet, televize, rádio, noviny, časopisy), školní výuka a kamarádi/kamarádky. Pouze dva respondenti o záměrném sebepoškozování dříve neslyšeli. Alarmujícím se však stává fakt, že 20,8%, tedy pětina výzkumného vzorku, má se záměrným sebepoškozováním vlastní zkušenost. Obdobím první epizody záměrného sebepoškozování byl nejčastěji označen věk 12-13 let, což koresponduje s mnohými teoretickými východisky. Komparujeme-li další teoretické výstupy s vlastním empirickým šetřením, potvrzena byla také latence sebepoškozujícího jednání, osoba prvotního kontaktu v oblasti detekce, ve většině případů kamarád sebepoškozující se osoby. Taktéž motivy sebepoškozujícího jednání byly v souladu se soustavou poznatků. Mezi nejčastější motivy sebepoškozujícího jednání patřil smutek, úzkost, dále uvolnění vzteku,

napětí a fyzická bolest jako tišení bolesti psychické. Nejčastěji respondenti volili metodou sebeřezání, jež je v zahraničních i českých zdrojích taktéž uváděna jako metoda nejčtenější. V souvislosti s prevencí byly do empirické části zahrnuty také položky týkající se vyrovnávání se s psychickou zátěží. Psychická zátěž je častěji udávána osobami, jež mají vlastní zkušenost se záměrným sebepoškozováním.

V kontextu výše uvedeného bych ráda zdůraznila aktuálnost problematiky záměrného sebepoškozování a nutnost provést opatření zejména v oblasti efektivní prevence například změnou v přístupu v komunikaci o distresu, obav z požádání o pomoc zkušenější osobu či návštěva odborníka. Nasnadě je také obsáhnout v rámci učebních osnov témata, jež povedou k posílení kapacity adolescenta vyrovnávat se s psychickou zátěží.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAKER, Felicity a Jeanette Tamplin, 2006. Music Therapy Methods in Neurorehabilitation: A Clinician's Manual. London: Jessica Kingsley Publishers. 256 s. ISBN 978-1-84310-412-4.
- [2] BENNETT, Paul, 2011. Abnormal and Clinical Psychology: An Introductory Textbook. McGraw-Hill International. 544 s. ISBN 978-0-33-523746-3.
- [3] CARR, Alan, 2008. What Works with Children, Adolescents and Adults?. New York: Routledge. 400 s. ISBN 978-0-415-45290-8.
- [4] CARR-GREGG, Michael, 2012. Psychické problémy v dospívání. Praha: Portál. 142 s. ISBN 978-80-262-0062-8.
- [5] CONNORS, E. Robin, 2008. Self-Injury: Psychitherapy with People Who Engage in Self-Inflicted Violence. Maryland: Jason Aronson, Incorporated. 440 s. ISBN 978-1-461-66513-7.
- [6] DEGUN-MATHER, Marcia, 2006. Hypnosis, Dissociation, and Survivors of Child Abuse: Understanding and treatment. Chichester: John Wiley and Sons. 256 s. ISBN 978-0-470-03067-7.
- [7] DOBSON, Keith S., 2010. Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies, Third Edition. New York: Guilford Press. 481 s. ISBN 978-1-60623-437-2.
- [8] DOKTER, Ditty, Holloway, Pete a Henri Seebohm, 2011. Dramatherapy and Destructiveness: Creating the Evidence Base, Playing with Thanatos. New York: Routledge. 232 s. ISBN 978-0-415-55850-1.
- [9] DURKHEIM, Émile, 2002. Suicide: a study in sociology. London; New York: Routledge. 374 s. ISBN 0415278309.
- [10] FISCHER, Slavomil a Jiří Škoda, 2009. Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada Publishing. 218 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
- [11] FOX, Claudie a Keith Hawton, 2004. Deliberate Self-Harm in Adolescence. London: Jessica Kingsley Publishers. 144 s. ISBN 978-1-84310-237-3.
- [12] HAFFORD-LETCHFIELD, Trish a Priscilla Dunk-West, 2011. Sexual Identities and Sexuality in Social Work: Research and Reflections from Women in the Field. Farnham: Ashgate Publishing. 210 s. ISBN 978-0-7546-7882-3.

- [13] HARTL, Pavel a Helena, 2000. Psychologický slovník. Praha: Portál. 774 s. ISBN 807178303X.
- [14] HAWTON, Keith a Karen Rodham, 2006. By Their Own Young Hand: Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents. London: Jessica Kingsley Publishers. 264 s. ISBN 978-1-84310-230-4.
- [15] HOSKOVCOVÁ, Simona a Lucie Suchochlebová Ryntová, 2009. Výchova k psychické odolnosti dítěte: silní pro život, začít u sebe, úspěchy a neúspěchy, co se strachem, pomáháme si, zátěžové situace. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-2206-1.
- [16] CHAPMAN, Alexander a Kim L. Gratz, 2009. Freedom from Self-Harm: Overcoming Self-Injury with Skills from DBT and Other Treatments. Oakland: New Harbinger Publications. 280 s. ISBN 978-1-60882-444-1.
- [17] CHRÁSKA, Miroslav, 2007. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [18] JANDOUREK, Jan, 2012. Slovník sociologických pojmů: 610 hesel. Praha: Grada. 258 s. ISBN 978-80-247-3679-2.
- [19] KOPECKÁ, Ilona, 2011. Psychologie 1. Díl: Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-247-3875-8.
- [20] KOUTEK, Jiří a Jana Kocourková, 2003. Sebevražedné chování. Praha: Portál. 127 s. ISBN 80-7178-732-9.
- [21] KREJČÍŘOVÁ, Dana a Josef LANGMEIER, 2006. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing. 368 s. ISBN 8024712849.
- [22] KRESTOVÁ, Jiřina, 1998. Primární prevence sociálně patologickým jevů v pedagogické praxi: sborník přednášek pro školní metodiky protidrogové prevence a prevence sociálně patologických jevů. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně. 88 s. ISBN 8070442034.
- [23] KRIEGELOVÁ, Marie, 2008. Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. Praha: Grada. 174 s. ISBN 978-80-247-2333-4.
- [24] KRÖGER, Jane, 2007. Identity development: adolescence through adulthood. London: Sage Publications. 303 s. ISBN 0761929592.
- [25] KYRIACOU, Chris, 2005. Řešení výchovných problémů ve škole. Praha: Portál. 151 s. ISBN 80-7178-945-3.

- [26] LANGER, Stanislav, 2001. Problémový žák v době dospívání na základní škole a v nižších třídách gymnázia. Hradec Králové: Kotva. 398 s. ISBN 8090221009.
- [27] LÁTALOVÁ, Klára, 2013 Agresivita v psychiatrii. Praha: Grada. 235 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
- [28] LÁTALOVÁ, Klára, 2010. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada Publishing, 247 s. ISBN 978-80-247-3125-4.
- [29] MACEK, Petr, 2003. Adolescence. Praha: Portál. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
- [30] MARKOVÁ, Eva, Venglářová, Martina a Mira Babiaková, 2006. Praha: Grada Publishing. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- [31] MYNOR-WALLIS Laurence, 2005. Problem-solving Treatment for Anxiety and Depression: A Practical Guide. Oxford: Oxford University Press. 199 s. ISBN 978-01-985-2842-5.
- [32] NEŠPOR, Karel, 1995. Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech. Praha: Portál. 126 s. ISBN 8071780863.
- [33] NEZU, Arthur, Nezu, Christine Maguth a D'Zurilla Thomas, 2012. Problem-Solving Therapy: A treatment Manual. New York: Springer Publishing Company. 323 s. ISBN 0826109411.
- [34] OUGRIN, Dennis, Zundel, Tobias a Audrey V. Ng, 2009. Self-Harm in Young People: A therapeutic Assessment Manual. Boca Raton: CRC Press. 208 s. ISBN 978-0-340-98726-1.
- [35] PEMBROKE, Louise Roxanne, 2005. Self-Harm: Perspectives from Personal Experience. London: Chipmonk Publishing. 80 s. ISBN 978-1-904697-62-6.
- [36] PAPEŽOVÁ, Hana, 2010. Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup. Praha: Grada Publishing. 242 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- [37] PAVLOVSKÝ, Pavel, 2004. Soudní psychiatrie a psychologie. Praha: Grada. 204 s. ISBN 80-247-0542-7.
- [38] PETRÁČKOVÁ, Věra a Jiří Kraus, 1995. Akademický slovník cizích slov. Praha: Academia. 834 s. ISBN 80-200-0607-9.
- [39] PLATZNEROVÁ, Andrea, 2009. Sebeпоškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén. 159 s. ISBN 978-80-7262-606-9.

- [40] PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA., 2012. Andragogický slovník. Praha: Grada, 294 s. ISBN 978-80-247-3960-1.
- [41] RUSTIN, Margaret a Emanuela Quagliata, 2000. Assessment in Child Psychotherapy. London: Karnac Books. 180 s. ISBN 978-185575-322-8.
- [42] SANDERSON, Christie, 2006. Counselling Adult Survivors of Child Sexual Abuse. London: Jessica Kingsley Publishers. 448 s. ISBN 978-1-84310-335-6.
- [43] SCHMIDT, Ulrike a Kate Davidson, 2013. Life After Self-Harm: A Guide to the Future. New York: Routledge. 120 s. ISBN 978-1-13544-683-3.
- [44] SMITH, Carolyn, 2005. Cutting it Out: A Journey through Psychotherapy and Self-Harm. London: Jessica Kingsley Publishers. 128 s. ISBN 978-1-84310-266-3.
- [45] SMITH, Gerrilyn, Dee Cox, Jacqui Saradjian, 2002. Women and Self Harm: Understanding, Coping and Healing from Self-mutilation. New York: Routledge. 176 s. ISBN 978-1-13596-112-1.
- [46] SMITH, Jane, 2012. The Parent's Guide to Self-Harm: What Parents Need to Know. Oxford: Lion Books. 190 s. ISBN 978-0-7459-5570-4.
- [47] ŠEVČÍK, Drahomír a Naděžda Špatenková, 2011. Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence. Praha: Portál. 186 s. ISBN 978-80-7367-690-2.
- [48] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2004. Krize: psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada Publishing, 129 s. ISBN 80-247-0888-4.
- [49] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2011. Krizová intervence pro praxi. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-247-2624-3.
- [50] TURP, Maggie, 2002. Hidden Self-Harm: Narratives from Psychotherapy. London: Jessica Kingsley Publishers. 239 s. ISBN 978-1-85302-901-1.
- [51] Univerzita Palackého. Sborník prevence sociálně patologických jevů jako významný fenomén poradenské činnosti. Olomouci: Univerzita Palackého, 2007. 74 s. ISBN 978-80-244-1628-1.
- [52] VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. Vývojová psychologie: dětství a dospívání. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
- [53] VANÍČKOVÁ, Eva, Hynčica, Viktor a Jana Votavová, 2010. Násilí namířené proti sobě samému u teenagerské populace. Praha: UK - 3. LF. 60 s. ISBN 978-80-254-9075-4.

- [54] VEAGUE, Heather Barnett a Christine Collins, 2009. Cutting and Self-Harm. New York: Infobase Publishing. 110 s. ISBN 978-1-4381-0022-7.
- [55] VYMĚTAL, Jan, 2010. Úvod do psychoterapie. Praha: Grada Publishing. 287 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
- [56] WALSH, W. Barent, 2012. Treating Self-Injury: A practical Guide. New York: Guilford Press. 413 s. ISBN 978-1-4625-0539-5.
- [57] WIDIGER, Thomas, 2012. The Oxford Handbook of Personality Disorders. New York: Oxford University Press. 837 s. ISBN 978-0-19-973501-3.
- [58] WITKIEWITZ, Katie a Alan Marlatt, 2011. Treapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention. London: Academic Press. 400 s. ISBN 978-0-12-369429-4.
- [59] ZAHRADNÍČEK, TOMÁŠ, 2013. Slovník cizích slov. Tz-one (elektronická verze). 824 s. ISBN 978-80-87873-04-5.
- [60] ŽUFNÍČEK, Jan, 2012. Vybraná témata vychovatelské praxe: inspirace pro vychovatele v zařízeních ústavní a ochranné výchovy. Praha: Národní ústav odborného vzdělávání; TOGGA, 2012. 136 s. ISBN 978-80-87652-59-6.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 <i>Přehled definic záměrného sebepoškozování</i>	13
Tabulka 2 <i>Klasifikace sebepoškozování dle Kocourkové</i>	20
Tabulka 3 <i>Přehled metod záměrného sebepoškozování</i>	23
Tabulka 4 <i>Faktory záměrného sebepoškozování</i>	31
Tabulka 5 <i>Sociodemografické charakteristiky výzkumného vzorku</i>	64
Tabulka 6 <i>Vzdělávací instituce</i>	65
Tabulka 7 <i>Ročník studia</i>	65
Tabulka 8 <i>Pohlaví respondenta</i>	65
Tabulka 9 <i>Rodinné zázemí</i>	66
Tabulka 10 <i>Vztah s rodiči</i>	66
Tabulka 11 <i>Víra</i>	67
Tabulka 12 <i>Mann-Whitneyův U test (H1)</i>	68
Tabulka 13 <i>Kontingenční tabulka (H1)</i>	68
Tabulka 14 <i>Mann-Whitneyův U test (H2)</i>	69
Tabulka 15 <i>Kontingenční tabulka (H2)</i>	69
Tabulka 16 <i>Znalost osoby, jenž se záměrně sebepoškozuje</i>	70
Tabulka 17 <i>Informovanost o záměrném sebepoškozování</i>	70
Tabulka 18 <i>Zdroje informací o záměrném sebepoškozování</i>	71
Tabulka 19 <i>Problematika záměrného sebepoškozování v rámci školní výuky</i>	72
Tabulka 20 <i>Školní výuka jako zdroj informací</i>	72
Tabulka 21 <i>Rodiče jako zdroj informací</i>	73
Tabulka 22 <i>Média jako zdroj informací</i>	73
Tabulka 23 <i>Odborník jako zdroj informací</i>	73
Tabulka 24 <i>Mann-Whitneyův U test (H3)</i>	75
Tabulka 25 <i>Kontingenční tabulka (H3)</i>	75
Tabulka 26 <i>Mann-Whitneyův U test (H4)</i>	76
Tabulka 27 <i>Kontingenční tabulka (H4)</i>	76
Tabulka 28 <i>Zkušenost se záměrným sebepoškozováním</i>	77
Tabulka 29 <i>Období první epizody záměrného sebepoškozování</i>	78
Tabulka 30 <i>Svěření se o záměrném sebepoškozování</i>	78
Tabulka 31 <i>Osoba primárního kontaktu</i>	79
Tabulka 32 <i>Motivy záměrného sebepoškozování</i>	79

Tabulka 33 <i>Metody záměrného sebepoškozování</i>	80
Tabulka 34 <i>Reakce respondenta</i>	82
Tabulka 35 <i>Mann-Whitneyův U test (H5)</i>	83
Tabulka 36 <i>Kontingenční tabulka (H5)</i>	83
Tabulka 37 <i>Přítomnost psychické zátěže</i>	84
Tabulka 38 <i>Mann-Whitneyův U test (H6)</i>	85
Tabulka 39 <i>Kontingenční tabulka (H6)</i>	85
Tabulka 40 <i>Vyrovňávání se s psychickou zátěží</i>	86
Tabulka 41 <i>Problematika zvládnutí psychické zátěže</i>	86
Tabulka 42 <i>Možnost svěřit se rodičům</i>	87
Tabulka 43 <i>Možnost pohovořit si s kamarádem/kamarádkou</i>	87
Tabulka 44 <i>Možnost pohovořit si se sourozencem</i>	88
Tabulka 45 <i>Rozhovor s odborníkem</i>	88
Tabulka 46 <i>Linka důvěry</i>	88
Tabulka 47 <i>Svěřit se anonymně na internetu</i>	89
Tabulka 48 <i>Souhrn hypotéz</i>	92

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA PI Dotazník

PŘÍLOHA 1 DOTAZNÍK

Vážení studenti,

jmenuji se Jana Vaculíková a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia oboru sociál pedagogika na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Touto cestou bych vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce týkající se informovanosti středoškolských studentů o záměrném sebepoškozování v adolescenci. Dotazník je zcela **anonymní**.

Pokyny pro vyplnění dotazníku: Označ odpověď, se kterou se nejvíce ztotožňuješ. Označ jednu odpověď, pokud není stanoveno jinak.

Děkuji za ochotu a snahu.

Definice záměrného sebepoškozování: Způsob vyrovnávání se s obtížnými pocity například prostřednictvím řezání se, pálení se, vytrhávání si vlasů (Fox, Hawton, 2004, s. 13).

DOTAZNÍK

1) Navštěvuješ

- Gymnázium
- Střední odbornou školu zdravotnickou a sociální
- Střední odbornou školu a střední odborné učiliště automobilní
- Střední odborné učiliště Kyjov Havlíčkova

2) Ročník studia

- 1. ročník
- 4. ročník

3) Pohlaví

- Žena
- Muž

4) Rodinné zázemí (*Zaškrtni všechny členy, se kterými žijete ve společné domácnosti*)

Žiji s:

- matkou
- otcem
- sourozencem / sourozenci
- přítelem matky / přítelkyní otce
- babičkou
- dědečkem
- někým jiným
- (uveď).....

5) Jak hodnotíš svůj vztah s rodiči (rodičem)? (*Označ na stupnici od 1 do 5*) **1 – velmi dobře** atmosféra, **5 – velmi špatně**.

1 2 3 4 5

6) Jsi věřící?

- Ano, jsem věřící
- Ne, nejsem věřící

7) Znáš ze svého okolí někoho, kdo se záměrně sebepoškozoval (sebepoškozuje)?

- Ano
- Ne

8) Myslíš si, že máš o záměrném sebepoškozování dostatek informací?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

9) Z jakého zdroje ses o záměrném sebepoškozování dozvěděl/a? *Můžeš označit i více odpovědí.*

- Ve škole (od pedagoga, výchovného poradce)
- Od rodičů
- Od kamarádů, spolužáků
- Z médií (internet, televize, rádio noviny, časopisy)
- Z jiného zdroje (*Uveď*).....
- O záměrném sebepoškozování jsem nikde neslyšel/a

10) Probírali jste v rámci školní výuky problematiku záměrného sebepoškozování?

- Ano
 ↳ V rámci jakého předmětu (*Uveď*).....
- Ne

11) Zdroje informací o záměrném sebepoškozování. *V každém řádku zakřížkuj, kde by ses dle Tvého názoru měl/a dozvědět informace o záměrném sebepoškozování.*

	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne
Ve školní výuce				
Od rodičů				
V médiích				
Od odborníka (psycholog, školní poradce, lékař)				
Jinde (<i>Uveď kde</i>).....				
.....				

12) Zkoušel/a ses někdy záměrně sebepoškodit?

- Ano (*Přejdi na otázku č. 13*)
- Ne (*Přejdi na otázku č. 18*)

13) Dokážeš si vzpomenout, kolik Ti bylo let, když sis poprvé ublížil/a? (Pokud nevíš přesně, odhadni).

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 12 a méně | <input type="checkbox"/> 16 - 17 |
| <input type="checkbox"/> 12 - 13 | <input type="checkbox"/> 18 a více |
| <input type="checkbox"/> 14 - 15 | |

14) Svěřil/a ses o záměrném sebepoškozování někomu?

- Ano (Přejdi na otázku č. 15)
 Ne (Přejdi na otázku č. 16)

15) Komu ses o záměrném sebepoškozování svěřil/a? Můžeš označit i více odpovědí.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rodiči | <input type="checkbox"/> Školnímu psychologovi,
výchovnému poradci či jinému
odborníkovi |
| <input type="checkbox"/> Prarodiči | |
| <input type="checkbox"/> Sourozenci | <input type="checkbox"/> Využil/a jsem linky důvěry |
| <input type="checkbox"/> Partnerovi/partnerce | <input type="checkbox"/> Svěřil/a jsem se někomu jinému
(Uveď)..... |
| <input type="checkbox"/> Kamarádovi/kamarádce | |
| <input type="checkbox"/> Učiteli/učitelce | |

16) Co Tě vedlo k tomu, aby sis sám/sama ublížila (případně ubližoval/a)? Můžeš označit i více odpovědí.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Snaha upoutat pozornost | <input type="checkbox"/> Pocit nedůvěry v sebe sama |
| <input type="checkbox"/> Fyzická bolest je pro mě tišením
bolesti psychické | <input type="checkbox"/> Nemožnost vyjádřit pocity jiným
způsobem |
| <input type="checkbox"/> Uvolnění vzteku, napětí | <input type="checkbox"/> Pocit, že mě nikdo nechápe |
| <input type="checkbox"/> Smutek, úzkost | <input type="checkbox"/> nevím |
| <input type="checkbox"/> Potrestání se | <input type="checkbox"/> jiný důvod
(Uveď)..... |
| <input type="checkbox"/> Je to pro mě způsob kontroly | |
| <input type="checkbox"/> Způsob překonání stresové situace | |
| <input type="checkbox"/> Nenávisť sebe sama | |
| <input type="checkbox"/> Pocit izolace | |
| <input type="checkbox"/> Pocit bezmocnosti | |

17) Jakým způsobem sis ublížil/a (případně ubližoval/a)? Můžeš označit i více odpovědí.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sebeřezání | <input type="checkbox"/> Sebemučení |
| <input type="checkbox"/> Pálení kůže | <input type="checkbox"/> Nárazy tělem do tvrdých předmětů |
| <input type="checkbox"/> Škrábání se do krve | <input type="checkbox"/> Užití škodlivých látek |
| <input type="checkbox"/> Propichování kůže | <input type="checkbox"/> Jiný způsob
(Uveď)..... |
| <input type="checkbox"/> Vytrhávání si vlasů | |
| <input type="checkbox"/> Kousání se | |

18) Co si myslíš, že bys udělal/a, kdyby se Ti kamarád/kamarádka svěřila, že se sebepoškozuje?

Můžeš označit i více odpovědí.

- Pokusím se mu/jí to rozmluvit a nikomu jinému to neřeknu
- Pokusím se mu/jí to rozmluvit a řeknu to ještě i jiné kamarádce/kamarádovi
- Kontaktoval/a bych jeho/její rodiče
- Řekl/a bych to učiteli/učitelce
- Kontaktoval/a bych odborníka (školního psychologa, výchovného poradce)
- Udělal/a bych něco jiného.....

19) Motivem k sebepoškození bývá nemožnost nalézt uspokojivý způsob či techniku vyrovnávání se s psychickou zátěží a negativními pocity. Chtěla bych se tedy zeptat, zda jste v rámci školní výuky hovořili o způsobech, jak se vyrovnávat s psychickou zátěží, zvládat stres, konfliktní situace?

- Ano └─ V rámci jakého předmětu (*Uved*).....
- Ne

20) Domníváš se, že jsi pod psychickou zátěží?

- Ano Spíše ne
- Spíše ano ne

21) Domníváš se, že se umíš vyrovnávat s psychickou zátěží

- Ano Spíše ne
- Spíše ano Ne

22) Co podle Tebe (Tvých zkušeností) může člověku pomoci v těžké životní situaci? V každém řádku zakřížkuj, do jaké míry by Ti následující možnost pomohla.

	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne
Možnost svěřit se rodičům				
Pohovořit si s kamarádem/kamarádkou				
Pohovořit si se sourozencem				
Rozhovor s odborníkem (psycholog, výchovný poradce)				
Linka důvěry				
Svěřit se anonymně na internetu				
Pomohlo by mi něco jiného (<i>Uved</i>).....				
.....				