

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra sociální pedagogiky

**Stav a povědomí o problematice záměrného  
sebepoškozování u žáků 2. stupně ZŠ a SŠ**

Diplomová práce

Autor: Romana Dolečková

Studijní program: N 7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Vedoucí práce: doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.

2015

Hradec Králové

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Romana Dolečková**  
Osobní číslo: **P13229**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Název tématu: **Stav a povědomí o problematice záměrného sebepoškozování u žáků 2. stupně ZŠ a SŠ**  
Zadávající katedra: **Katedra sociální pedagogiky**

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

Diplomová práce bude věnována fenoménu záměrného sebepoškozování u adolescentů. V teoretické části nalezneme definici záměrného sebepoškozování, jeho klasifikaci, etiologii, obecnou charakteristiku a základní demografické rysy problematiky. Další kapitoly budou věnovány vývojovým zvláštnostem v adolescenci a možnostem prevence a léčby sebepoškozování. Praktická část bude obsahovat výzkumné šetření prostřednictvím dotazníku. Vyústěním práce bude porovnání zjištěných výsledků s výsledky předchozích výzkumných šetření.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Seznam odborné literatury:

Vedoucí diplomové práce:

**Doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.**

Katedra pedagogiky a psychologie

Datum zadání diplomové práce:

**20. prosince 2013**

Termín odevzdání diplomové práce:

**20. prosince 2015**

L.S.

Doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.  
děkan

Mgr. Iva Junová, Ph.D.  
vedoucí katedry

dne

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího doc. PhDr. Pavla Vacka, Ph.D. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Křinci dne 5. 3. 2015

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu diplomové práce doc. PhDr. Pavlu Vackovi, Ph.D. za účinnou metodickou, pedagogickou a odbornou pomoc, a další cenné rady při zpracování mé diplomové práce.

## Anotace

DOLEČKOVÁ, Romana. *Stav a povědomí o problematice záměrného sebepoškozování u žáků 2. stupně ZŠ a SŠ*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzita Hradec Králové, 2015. 90 str. Diplomová práce.

Diplomová práce *Stav a povědomí o problematice záměrného sebepoškozování u žáků 2. stupně ZŠ a SŠ*.

Teoretická část je rozdělena do dvou hlavních kapitol, z nichž první je věnována fenoménu záměrného sebepoškozování a druhá vývojovému stádiu adolescence. První kapitola obsahuje definici záměrného sebepoškozování, klasifikaci, etiologii a způsoby sebepoškozování. Dále je uvedena motivace k aktu, přehled příčin vedoucích k sebepoškozování a popis genderových rozdílů. V závěru kapitoly jsou uvedeny možnosti práce se sebepoškozujícími se jedinci a popis stavu této problematiky v ČR a ve světě.

Praktická část je realizována formou kvantitativního výzkumu, který je soustředěn na dvě cílové skupiny – žáky a pedagogy. Výstupy z výzkumu tvoří komparace zjištěných výsledků s výsledky jiných autorů.

**Klíčová slova:** adolescence, prevence, sebepoškozování, záměrné

## Annotation

DOLEČKOVÁ, Romana. *Status and awareness of deliberate self-harm by students at second level on primary school and secondary school*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015, 90 pp. Diploma Thesis.

Diploma thesis Status and awareness of deliberate self-harm by students at second level on primary school and secondary school.

The theoretical part is divided into two main chapters, the first of them is focused on the phenomenon of deliberate self-harm and the second is devoted to developmental stage of adolescence. The first chapter contains a definition of deliberate self-harm, its classification, etiology and methods of self-harm. The following is a motivation to act, overview of the causes leading to self-harm and a description of gender differences. At the end of the chapter are given possibilities to work with individuals which self – harm themselves and a description of the status of this issue in the Czech Republic and around the world.

The practical part is realized by quantitative research that is focused on two target groups - students and teachers. Outcomes of the research are made of a comparison of the obtained results with the results of other authors.

**Keywords:** adolescence, prevention, self-harm, deliberate

## Obsah

Úvod.....	10
1 Záměrné sebepoškozování .....	12
1.1 Definice a terminologie sebepoškozování.....	13
1.2 Sebepečkozování a suicidální jednání .....	20
1.3 Sebepečkozování v historickém a sociologickém kontextu .....	21
1.4 Způsoby sebepoškozování, klasifikace .....	22
1.5 Průběh aktu a motivace k němu.....	24
1.6 Příčiny sebepoškozování v adolescenci, osobnostní předpoklady.....	27
1.7 Věkové a genderové rozdíly .....	30
1.8 Závislost na sebepoškozování.....	31
1.9 Práce se sebepoškozujícími se jedinci .....	34
1.9.1 Možnosti prevence .....	35
1.9.2 Komplexní léčba.....	40
1.9.3 Rizika spojená s terapií .....	41
1.9.4 Stav v ČR a ve světě .....	43
2 Charakteristika vývojového období adolescence .....	47
2.1 Diferenciace v období adolescence .....	47
2.2 Emoční vývoj v období adolescence .....	48
2.3 Vztahy v období adolescence .....	49
3 Výzkumná část .....	51
3.1 Cíle výzkumného šetření.....	51
3.2 Hypotézy .....	52
3.2 Použité metody.....	53
3.4 Charakteristika zkoumaného vzorku .....	54



3.5 Výsledky a jejich interpretace.....	56
3.5.1 Dotazník pro žáky .....	56
3.5.2 Dotazník pro pedagogy .....	68
3.6 Shrnutí .....	75
Závěr .....	79
Seznam zdrojů .....	81
Seznam tabulek .....	87
Seznam grafů .....	88
Seznam obrázků.....	89
Seznam příloh .....	90

## Úvod

Problematice záměrného sebepoškozování jsem se věnovala již ve své bakalářské práci, která byla zaměřena na vliv internetu na záměrné sebepoškozování u adolescentů.

V této práci bych se ráda podívala na toto téma z trochu jiného úhlu. Mým cílem je pokusit se zmapovat současný stav rozšíření povědomí o této problematice a také rozšíření jevu samotného, mezi žáky druhého stupně základních škol a studenty středních škol. Tyto výsledky bych ráda porovnála s výsledky již realizovaného výzkumu od jiného autora. Na základě této komparace by bylo možné posléze odhadnout trend, jakým směrem se problematika záměrného sebepoškozování ubírá.

Sebepoškozování bylo původně spojováno především s určitými subkulturami. V posledních letech se stalo poměrně medializovaným tématem. Myslím si, že tato tematika ušla od svého prvního krůčku mezi laickou veřejnost už poměrně dalekou cestu. Za tento první krok můžeme považovat článek „Žiletka, má láska“, který vyšel v roce 2007 v časopise Reflex. Nyní již není sebepoškozování považováno jen za záležitost týkající se subkultur, ale za sociálně-patologický jev, který se objevuje u celé populace, především u skupiny adolescentů. Hojně se objevuje ve filmech (u nás například známý Gympl), v hudebních textech, v článcích internetových a tištěných médiích. V posledních letech bylo na toto téma zaměřeno také několik výzkumů, zejména v zahraničí. U nás, dle mého názoru, není záměrnému sebepoškozování přikládán patřičný zřetel. Navzdory četnosti diskuzí na internetových stránkách, nevznikla od roku 2009 žádná monografie, která by se tímto tématem přímo zabírala. Nezaznamenala jsem také ani rozsáhlejší osvětovou činnost, která by byla zaměřena na prevenci tohoto jevu.

O problematice záměrného sebepoškozování se podle mého názoru mluví, a veřejností již není pokládáno za něco nového. Informace a data, která jsou o tomto jevu předkládána veřejnosti, jsou čerpána většinou ze zahraničních výzkumů. Původní poznatky o stavu u nás pocházejí povětšinou z bakalářských a diplomových prací. Odborné průzkumy ohledně této problematiky pocházejí pouze

z klinických podmínek, protože detekce u běžné populace, která nebyla nikdy léčena, je velice složitá. V této práci se pokusím shrnout teoretické poznatky o záměrném sebepoškozování a doplnit je o praktické poznání aktuálního stavu mezi adolescenty.

V teoretické části se budu věnovat i problematice prevence tohoto jevu, a následné terapii či možné práci s klienty. Sebepoškozování je velkým problémem spousty lidí a nedotýká se jen samotných sebepoškozujících se jedinců, nýbrž i jejich blízkého okolí. Jako nejúčinnější způsob boje s tímto sociálně patologickým jevem vidím osvětu a prevenci, která by měla splňovat všechna kritéria, aby byla efektivní. Jelikož má tento jev multikauzální příčiny, je velice obtížné s ním bojovat.

V praktické části zaměřím část svého průzkumu i na pedagogy základních a středních škol. Je to z důvodu, že mimo jiné i pedagogové mohou velikou měrou přispět k prevenci záměrného sebepoškozování. Škola je místo, kde by měla mimo jiné probíhat i osvětová činnost. Pedagogové jsou v každodenním kontaktu s žáky a mohou zachytit již první signály, které se vyskytují ve spojitosti s touto problematikou. Aby se však pedagogové mohli účinně zapojit, musí být o tomto jevu patřičně informováni a poučeni, jak v případě odhalení sebepoškozování postupovat.

## 1 Záměrné sebepoškozování

První kapitola je věnována obecně fenoménu záměrného sebepoškozování a jeho vymezení. Nalezneme zde kategorizaci terminologie, která se v odborné literatuře značně rozchází. Dále pak definici, která je nezbytná pro pochopení kontextu práce, a klasifikaci způsobů záměrného sebepoškozování. Uvedu zde i motivaci a průběh aktu, rozdílnosti výskytu a možné precipitující faktory. Závěr kapitoly bude věnován možnostem prevence a terapie.

Sebepoškozování je podle mého názoru staré, jako lidstvo samo. A přestože se o něm v psychiatrických kruzích začalo mluvit už v devatenáctém století, větší pozornosti se tomuto fenoménu dostává až v posledních patnácti letech (Platznerová, 2009, s. 15).

Pojem sebepoškozování je velice široký, dá se do něho „schovat“ mnoho. Někdo sebepoškozování chápe jako sebeřezání, sebedpálení, sebetrávení a podobné praktiky mířené proti vlastnímu tělu. Jiní do sebepoškozování zahrnují i zneužívání alkoholu, kouření, přejídání se nebo naopak hladovění. Jako sebepoškozování může být v extrémním případě chápáno i tetování či piercing, což jsou jevy v dnešní společnosti již zcela běžné (Kriegelová, 2008, s. 20).

Diskutabilní je také přívlastek „záměrné“. Pattison a Kahan (1983, in Kriegelová, 2008, s. 31) usilovali u zařazení záměrného sebepoškozování (in orig.: Deliberate Self-Harm Syndrom) jako samostatně diagnostikovatelnou duševní poruchu. Oproti tomu Pembroke (1994, in Kriegelová, 2008, s. 31) s termínem „záměrný“ nesouhlasí, protože značí promyšlenost a úmysl. K objasnění uvádí případy disociace, kdy k sebepoškození dochází při nízké míře vědomí. Favazza (2001, in Kriegelová, 2008, s. 31) ovšem k obraně přívlastku „záměrné“ uvádí, že jedinec může mít v průběhu aktu narušené vědomí, dokonce si ani průběh aktu nemusí pamatovat. Ale před samotným aktem je jedinec při plném vědomí, tudíž i jeho záměr je vědomý. Uznává ale i případy, kdy je sebepoškozování použito jako prostředek k ukončení stavu disociace. Zde o záměrnosti můžeme spekulovat. Světová zdravotnická organizace (WHO, 2004, in Kriegelová, 2008, s. 31) taktéž přívlastek „záměrné“ („deliberate“) používá a schvaluje.

Podle mého názoru je přívlastek „záměrné“ na místě. Jedinec, který takto jedná, má ke svým činům důvod. A podle mne je jedno, jestli je tím důvodem uvolnění tenze, či ukončení stavu disociace.

## 1.1 Definice a terminologie sebepoškozování

Přestože se o sebepoškozování v odborné literatuře diskutuje stále častěji, terminologie týkající se tohoto jevu je stále nejednotná. Dá se říci, že každý autor má svou definici. V níže uvedené tabulce naleznete definice několika nejznámějších světových autorů.

**Tabulka č. 1** – Přehled definic záměrného sebepoškozování (Kriegelová, 2008, s. 18)

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

Většina definic se shoduje v několika hlavních rysech. Těmi rysy jsou podle Aldermana (1997, in Kriegelová, 2008, s. 18) chování, které jedinec vykoná sám sobě, je záměrné a cílené, je fyzicky násilné, ale není suicidální. Jelikož ovšem stále neexistuje

mezinárodně uznávaná definice záměrného sebepoškozování, může mezi odbornou i laickou veřejností docházet k nejasnostem a zmatku v informacích dostupných o tomto jevu (Kriegelová, 2008, s. 19).

*„Sebepoškozující chování je heterogenní skupinou, zahrnující různé techniky poškození vlastního těla od kouření, požívání alkoholu, piercingu až po dokonalé suicidium. Do oblasti sebepoškozujícího chování nepatří pouze záměrné narušení vlastní tělesné schránky, ale také automutilace jako syndrom závažné fyziopatologie nebo psychopatologie“* (Kriegelová, 2008, s. 19).

Podle Andrey Platznerové (2009, s. 7) se jako sebepoškozování v psychiatrii označuje *„komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky a které lze nejlépe chápat jako maladaptivní odpověď na akutní chronický stres. Může, ale nemusí bezpodmínečně být spojeno s myšlenkami na smrt, smrt však na rozdíl od sebevražedného pokusu není v naprosté většině případů jeho cílem.“*

Hartl a Hartlová (2009, s. 524) uvádí ve svém slovníku následující definici. *„Sebepoškození (self-mutilation) – sebezrazení, automutilace, autodestrukce; od polykání předmětů a úrazů až k sebevražedným pokusům; může být a) účelové, jako je vyhnutí se vojenské službě n. b) příznakem duševních chorob jako melancholie, schizofrenie aj.; dříve sem řazeno též tetování, kt. je nyní psychol. chápáno jako projev neverbální komunikace.“*

J.Kocourková (in Koutek, Kocourková, 2007, s. 73) chápe sebepoškozování jako *„chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity.“*

Užší definici uvádí WHO, která sebepoškozování definuje jako *„akt bez fatálních následků, při němž osoba vyvíjí dobrovolně nehabituační činnost, bez zásahu jiných způsobí poranění sama sobě nebo dobrovolně požije látku v dávce vyšší, než je dávka předepsaná nebo obecně považovaná za terapeuticky účinnou, a jehož cílem je dosáhnout pro subjekt žádoucích změn cestou okamžitých nebo předpokládaných tělesných následků.“*

*„Podle psychiatrů nejde o nemoc. Sebepoškozování obvykle dává najevo, že člověk během svého vývoje nenašel správnou cestu nebo způsob, jak se vyrovnávat se zátěžovými situacemi“ (Merunková, 2007, s. 48).*

Velice zjednodušeně lze tedy říci, že záměrné sebepoškozování je úmyslné zranění sebe sama bez touhy zemřít. Naopak, jedinec se tímto aktem snaží navodit příjemnější pocity. Svou psychickou bolest přebíjí bolestí fyzickou, kterou může mít pod kontrolou.

*„První krok v klasifikaci sebepoškozujícího chování udělali E. Mansell Pattison a Joel Kahan (1983). Jejich klinická taxonomie je založena na třech základních proměnných („self-harming acts“), kterými jsou **přítomnost** (in orig.: „directness“), **úmrtnost** (in orig.: „lethality“) a **opakování** (in orig.: „repetition“)" (in Kriegelová, 2008, s. 21). V tabulce č. 2 je přehled kombinací všech proměnných s uvedením relevantních příkladů.*

**Tabulka č. 2** - Klasifikační přehled sebepoškozujícího chování podle Pattisona a Kahana (1983, in Kriegelová, 2008, s. 22)

<b>Klinická taxonomie sebepoškozujícího chování podle Pattisona a Kahana (1983)</b>				
	<b>Přímý akt ("Direct behaviors")</b> Jedná se o chování s přímým záměrem se poškodit.		<b>Nepřímý akt ("Indirect behaviors")</b> Jedná se o chování bez přímého záměru se poškodit.	
	<b>Vysoká úmrtnost („High lethality“)</b>	<b>Nízká úmrtnost („Low lethality“)</b>	<b>Vysoká úmrtnost („High lethality“)</b>	<b>Nízká úmrtnost („Low lethality“)</b>
<b>Opakované události („Repetitive In Nature“)</b>	Opakované pokusy o sebevraždu	Záměrné sebepoškozování („Deliberate self-harm“)	Nedodržování pravidelné léčebné metody i přes možné zdravotní riziko (např. diabetik nepravidelně si aplikující inzulin)	Kouření, chronický alkoholismus
<b>Jednorázová událost („Non-repetitive“)</b>	Sebevražda	Parasuicidium	Ukončení léčby i přes vysoké zdravotní riziko (např. ukončení chemoterapie u onkologického pacienta)	Akutní stav opilosti, jednorázové požití MDMA na technoparty

K doplnění přehledu o termínu sebepoškozování nesmíme vynechat klasifikaci dle Armanda Favazzy (Tabulka č. 3). Tento americký psychiatr je znám především pro své studie záměrného sebepoškozování. Byl také prvním, kdo vydal v roce 1987 publikaci věnující se tomuto tématu (Bodies Under Siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry). Z přehledu je patrné, že autor rozděluje problematiku na dva hlavní typy sebepoškozování a to kulturně akceptované a deviantní. Deviantní typ sebepoškozování nadále dělí na další tři subtypy, z nichž první dva se vyskytují ve spojitosti s mentálním narušením jedince. Definice mírného deviantního typu sebepoškozování nejlépe vystihuje problematiku, na níž je tato diplomová práce zaměřena.



**Tabulka č. 3** - Klasifikační přehled sebepoškozujícího chování podle Favazzy (1987, in Kriegelová, 2008, s. 23)

<b>Klasifikační systém sebepoškozujícího chování podle Favazzy (1987)</b>				
<b>Typy sebepoškozování "Self-Mutilation"</b>	<b>Popis</b>			
1. Kulturně akceptované	Sociálně přijatelné, na vlastní změnu zaměřené akty (např. ušní piercing, stříhání vlasů)			
2. Deviantní	a) Závažné	Vzácné, potenciálně letální činy, spojované s vážným mentálním narušením (např. oční enukleace)		
	b) Stereotypní	Fixní, rytmické, opakující se činy, jakoby postrádající symboliku (např. bouchání hlavou). Toto chování se často vyskytuje u mentálně postižených, bývá spojeno s autismem a akutními psychózami. Dále bývá spojeno se třemi geneticky podloženými syndromy: Lesch-Nyhanův syndrom, Tourettův syndrom a vrozená sensorická neuropatie.		
	c) Mírné	epizodické	Důsledkem takového chování je relativně drobné poranění tkáně. Je chápáno jako maladaptivní forma svépomoci, neboť poskytuje úlevu od řady nepříjemných pocitů, např. drobné pořezání kůže, vyřezávání (in orig.: "carving"), pálení, zasahování do hojící se rány.	
		repetitivní	Tento termín je využíván v případě přechodu epizodického chování ve zvykovou reakci na nepříjemné podněty.	
		kompulzivní	Opakující se rituální chování, obvykle pomáhající v mnohanásobných epizodách (např. trichotilomanie, onychofagie, škrábání kůže).	

V současné terminologii je hojně využíváno označení DSH („Deliberate self-harm“), jehož obsah se ale v jednotlivých studiích rozchází. Někteří autoři zahrnují pod termín i jednání s letálním důsledkem (mj. WHO), jiní nikoliv.

Jako ustálený a jednotný termín pro tuto problematiku se jeví označení NSSI („Non - Suicidal Self-Injury“), který jsem nacházela v převážném počtu zahraničních studií, které jsem k tématice záměrného sebepoškozování pročetla. International Network for the Study of Self – Injury (ISSS) vydala v roce 2007 definici sebepoškozujícího chování: *„Úmyslně zaviněné poškození tkáně vlastního těla, které ústí v okamžité poškození, bez sebevražedné intence a pro účely, které nejsou sociálně akceptované. Jako takové, se chování liší od sebevražedného jednání s úmyslem zemřít, předávkování se drogami a jiných forem sebepoškozujícího chování, které zahrnují kulturně akceptovatelné chování ať již rituální nebo estetické. Dále se také odlišuje od opakovaných stereotypických forem, které nacházíme u jedinců s poruchou vývoje nebo s mentální retardací a od závažných forem sebepoškozování u psychotických pacientů“* (ISSS, 2007 in Heath, Toste, Nedecheva, Charlebois, 2008, s. 139).

Jako důležitou shledávám zmínku o záměrném sebepoškozování v DSM – 5. Ve čtvrté revizi bylo sebepoškozování zmíněno pouze jako součást diagnózy hraniční poruchy osobnosti a diagnózy impulzivní poruchy (DSM – 4, 1994, s. 667, 710). V páté revizi (DMS – 5, 2013, s. 803 – 806) sice stále ještě nedošlo k vytvoření samostatné diagnózy, nicméně v části Doporučení pro další výzkum („Conditions for Further Study“) je mu věnována samostatná kapitola, kde jsou zmíněna následující diagnostická kritéria:

- *„V posledním roce se jedinec 5 nebo více dní úmyslně sebepoškozoval a způsobil tak takové poškození povrchu vlastního těla, které pravděpodobně vyústilo v krváčení, pohmoždění nebo bolest (např. pořezání, popálení, bodání, uhození se, nadměrné tření). To vše s očekáváním pouze malého nebo středního fyzického ublížení si (tj. není zde sebevražedný úmysl). Poznámka: Absence sebevražedného úmyslu byla buď přímo uvedena jedincem, nebo ji lze odvodit z faktu, že se jedinec opakovaně dopouští sebepoškozování, i když si je vědom toho, že není pravděpodobné, že by toto chování skončilo smrtí.*
- *Jedinec se sebepoškozuje proto, aby naplnil jedno z následujících očekávání:*

1. získat úlevu od negativních emocí nebo myšlenek,

2. vyřešit interpersonální obtíže,

3. navodit pocit pozitivních emocí.

*Poznámka: Pocit úlevy nebo jiná reakce je prožívána během nebo krátce po aktu sebepoškození a jedinec může vykazovat vzorce chování naznačující závislost na opakování sebepoškozujícího chování.*

- *Záměrné sebepoškození je spojeno alespoň s jedním z následujících:*
  1. *interpersonální problémy nebo negativní emoce či myšlenky jako deprese, úzkost, napětí, vztek, obecný pocit utrpení, sebekritika se objevují v období těsně před aktem sebepoškození,*
  2. *před samotným vykonáním sebepoškozujícího aktu prožívá jedinec silné zaujetí pro danou činnost a je pro něj velmi těžké ji odolat,*
  3. *často se objevují myšlenky na sebepoškozování, i když podle nich jedinec následně nejedná.*
- *Chování není sociálně akceptovatelné (např. piercing, tetování, část náboženského nebo kulturního rituálu) a nejedná se pouze o strhávání strupů či kousání nehtů.*
- *Chování nebo jeho důsledky způsobují klinicky závažný distress nebo zasahují do interpersonální, akademické nebo jiné důležité sféry života.*
- *Chování se objevuje mimo psychotické epizody, deliria, intoxikace nebo odvykací fáze. U jedinců s neuro-vývojovými vadami není chování částí opakovaných stereotypií. Chování není lépe vysvětlitelné jinou duševní poruchou nebo onemocněním (např. psychotické onemocnění, porucha autistického spektra, mentální retardace, Lesch-Nyhanův syndrom, stereotypní motorická porucha se sebepoškozením, trichotillománie [porucha vytrhávání vlasů], dermatilománie [patologické škrábání/strhávání/mačkání kůže]) (DSM – 5, 2013, s. 803 – 804).*

## 1.2 Sebepoškozování a suicidální jednání

Mezi záměrným sebepoškozováním a sebevraždou je jen tenká hranice, kterou je velice obtížné stanovit. Někteří si mohou myslet, že sebepoškozování a suicidální jednání je ten samý jev, ale v literatuře jsou uvedeny důkazy proti tomuto tvrzení. Záměrné sebepoškozování je dnes chápáno jako forma copingové strategie. Tyto strategie jsou naučené formy a způsoby chování, které umožňují zvládání stresu či zátěže. Tudíž ho považuji za jev, který svým způsobem brání uskutečnění suicidálního pokusu.

Velkým problémem při definování sebepoškozujícího chování je odlišování tohoto chování od chování suicidálního. Pojem „deliberace self-harm“, který se hojně vyskytuje v anglicky psané literatuře, je definován různě. V některých definicích je zahrnuto i suicidální jednání, v některých ne. Důvodem, proč je diskutovaný právě tento pojem je jeho specifikace v ICD – 10 (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Termín „Deliberate self-harm“ v Průvodci mentálním a neurologickým zdravím v primární péči Světové zdravotnické organizace (WHO, Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care, 2nd edition, 2004) zahrnuje suicidální chování, přestože moderní přístupy se tomu brání již od roku 1994 (Sutton, 1999, in Kriegelová, 2008, s. 25).

Dle MKN – 10 je problematika sebepoškozování klasifikována pod označením *úmyslné sebepoškození (X60 – X84)* a patří sem otrava nebo poranění úmyslně způsobená (-é) a sebevražda (pokus). I přes prokazatelnou odlišnost záměrného sebepoškozování od suicidálního aktu, není v MKN – 10 stále vytvořena samostatná klasifikace (viz. Příloha č. 1).

*„Dnes již většina odborníků považuje sebepoškozování nikoli za akt autoagrese, ale naopak za akt sebezáchovy, a je přesvědčena, že sebepoškozující chování je nutno vnímat jako zprávu, kterou je potřeba dekódovat, že cílem sebepoškozování není smrt, ale naopak vyhnutí se jí. Obzvláště to platí pro ty pacienty, kteří mají v anamnéze trauma. Sebepoškozování lze považovat za „účelný akt svépomoci, který umožňuje jedinci znovuzískání kontaktu se světem“ (Favazza, 1996, in Platznerová, 2009, s. 45).*

Dokonalé suicidium je charakterizováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti. Hlavním rozdílem od sebepoškozování je vědomý a cílený úmysl zemřít (Koutek, Kocourková, 2003, s. 73 – 79). Je důležité, aby nebylo sebepoškozování chápáno jako nepovedený pokus o sebevraždu. Pro jasné odlišení sebevražedného jednání a záměrného sebepoškozování mluví odlišný průběh i motivace k tomuto aktu. Akty záměrného sebepoškozování se často opakují a nemají letální následky. Dle Kocourkové (2003, s. 76) opakuje toto jednání více než 60 % osob a úmysl zemřít je spíše výjimečný.

Je důležité si uvědomit, že u jedinců s historií sebepoškozování, je vyšší riziko sebevražedných myšlenek, gest a pokusů. V jedné studii bylo zjištěno, že u jedinců s výskytem sebepoškozování v historii, je devětkrát pravděpodobnější, že se v určitém okamžiku svého života pokusí o sebevraždu (Whitlock, Knox, 2007, in Whitlock, 2009).

### **1.3 Sebepoškozování v historickém a sociologickém kontextu**

Přestože bylo sebepoškozování v psychiatrii zaznamenáno již v devatenáctém století, pozornosti se mu dostává až nyní, v posledních dvaceti letech. Ve starší literatuře se objevují termíny parasuicidium a sebevražedný pokus. Zde se zrcadlí tehdejší vědomosti o sebepoškozování a přístup k němu. Mezi sebepoškozování byly zahrnovány i aktivity s jasným cílem umřít. V dnešní odborné literatuře je přístup odlišný. Jako sebepoškozující jsou označovány aktivity, které jsou sice autoagresivní, ale smrt není prvotní patologií ani motivem, nýbrž pouze průvodním jevem (Platznerová, 2009, s. 15).

Vymezit či definovat termín sebepoškozování není snadné. To, co bychom mohli nazvat určitými formami sebepoškozování, provází člověka od nepaměti (tetování, řezné rány, piercingy a podobně). Jak uvádí například Platznerová, sebepoškozování má sociální kontext a sociokulturní pozadí, podle něžž se odlišuje, co pokládáme za konvenční normu a co je poškozování v patologickém slova smyslu. Konvenční normou se myslí právě například tetování, piercing a podobně.

*„Za patologické sebepoškozování se obecně nepovažuje poranění, které je v dané kultuře tolerováno a jehož primárním cílem je sexuální uspokojení, dekorace*

*těla (v naší kultuře typicky piercing a tetování), spirituální zážitek v rámci rituálních praktik či začlenění se do skupiny vrstevníků nebo demonstrace vlastní hodnoty mezi nimi (snaha být „cool“ a „in“)*“ (Platznerová, 2009, s. 16).

V okolí jsem se setkala také s názory, že za formu záměrného sebepoškozování je považováno také kouření, pití alkoholu či poruchy příjmu potravy. Já takovéto chování za sebepoškozování nepovažuji, ačkoliv je poškozující účinek takového chování více než zjevný. Tento můj názor pramení z důvodu, že poruchy příjmu potravy souvisí s neláskou k tělu a s nespokojeností s vlastním tělem. Význam a původ této poruchy je samozřejmě hlubší a stejně tak jako sebepoškozování, může sloužit také jako prostředek k upoutání pozornosti okolí či přebírání kontroly nad vlastním tělem. Taktéž konzumace alkoholu, kouření či užívání jiných návykových látek nepatří do záměrného sebepoškozování jako takového, o kterém pojednává tato práce.

V posledních letech se v médiích občas objevilo, že se některé osobnosti sebepoškozují (například Johnny Depp, Angelina Jolie, Christina Ricci). Tato tematika se také objevuje ve filmech. Mě nejvíce zaujal film *Divoké dítě*, drama dle skutečné události z roku 1970. Dívka neuměla téměř komunikovat a ubližovala si tak, že si škrábala ruce až do krve. Dále filmy *Pianistka*, *Třináctka*, *Černá labuť* či český film *Gyml*.

#### **1.4 Způsoby sebepoškozování, klasifikace**

V následující kapitole budou přiblíženy nejčastější způsoby sebepoškozování. Uvedený seznam obsahuje nejrozmanitější aktivity, jimiž je možné poškodit vlastní tělo.

Kriegelová (2008, s. 20) ve své knize uvádí velice členitý výčet aktivit, které je možné považovat za sebepoškozování. Já jsem vybrala pouze ty, které se podle mého názoru vyskytují nejčastěji. Výběr způsobu, kterým se bude jedinec sebepoškozovat, závisí na mnoha faktorech. Mezi ně patří sociální a environmentální faktory, faktory vyplývající z osobnosti jedince, přítomnost duševní poruchy, genetické predispozice a neurochemické odlišnosti CNS.

1. *Řezání,*
2. *lámání si kostí,*

3. *tělesné sebe-bití,*
4. *pálení kůže, vyřezávání a vyškrabávání do kůže,*
5. *vpravování jehel pod kůži nebo do žil,*
6. *vpravování ostrých předmětů do tělesných otvorů,*
7. *polykání cizích předmětů nebo toxických tekutin,*
8. *zabraňování zacelení rány,*
9. *opařování se (koupel nebo sprcha s vařící vodou),*
10. *strhávání si kůže a nehtů, vytrhání si vlasů a řas,*
11. *sebe-otrávení (předávkování),*
12. *sebe-škrčení,*
13. *odříznutí si části těla (ucha, prstu, ruky, genitálu),*
14. *bouchání hlavou o stěnu,*
15. *škrábání (až do krvácení),*
16. *probodávání kůže (kružítkem, jehlami, špendlíky).*

V česky psané literatuře se členěním způsobů sebepoškozování zabývá Jana Kocourková. Rozděluje je na následujících pět skupin (Kriegelová, 2008, s. 28).

**Automutilace** – jedná se o sebepoškození vycházející nejčastěji z psychotické poruchy. Může mít symbolický význam. Vyskytuje se u pacientů se schizofrenním typem poruchy, u sexuálních sadomasochistických praktik, u osob s poruchou osobnosti.

**Sebepoškozování** – jedná se o vědomé, záměrné, často se opakující sebepoškození bez vědomé suicidální motivace a bez vážného letálního dosahu. Vyskytuje se u narušení osobnosti, nejčastěji hraničního charakteru.

**Syndrom záměrného sebepoškozování** – představuje širší pojetí sebepoškozujícího chování, vyčleněného z kategorie suicidálních pokusů. Vyskytuje se u poruch osobnosti, u poruch příjmu potravy a u závislostí na návykových látkách.

**Syndrom pořezávaného zápěstí** – dominuje zde pořezávání, hlavně zápěstí a předloktí. Nejde o vědomý suicidální projev.

**Předávkování léky** – neindikované, nadměrné užití dávky léků, bez zřejmého suicidálního úmyslu. Často jde o opakované chování.

Nejčastější formou sebepoškozování je sebeřezání a sebedpálení. Favazza a Conteriová (1989, in Kriegelová, 2008, s. 63) uvádějí, že velké množství jedinců (75 %) kombinuje zároveň několik metod záměrného sebepoškozování. Aldermanová (1997 in Kriegelová, 2008, s. 63) popisuje vývoj selekce metody. Ve své teorii uvádí, že většina jedinců začíná u sebeřezání (hlavně rukou a stehem), poté experimentuje s dalšími metodami (například sebedpálení, sebetlučení) a nakonec končí u jedné oblíbené formy.

### **1.5 Průběh aktu a motivace k němu**

Individuální motivace hraje významnou roli při hodnocení sebepoškozování. Sebepečkozování většinou představuje uvolnění nesnesitelných emocí, vytváří pocit kontroly nad myšlenkami a prožíváním a validizuje vnitřní zkušenost jedince. Slouží ke zmírnění vzteku, stresu, tenze, viny, osamělosti, odcizení, sebenenávisi a deprese. Pomáhá získat pocit kontroly a vrátit se do reality (Kriegelová, 2008, s. 103). Motivaci k aktu záměrného sebepoškození můžeme vyčíst z psychologických funkcí, které záměrné sebepoškozování naplňuje. Podle Suttonové (in Rozsivalová, 2010) to jsou následující:

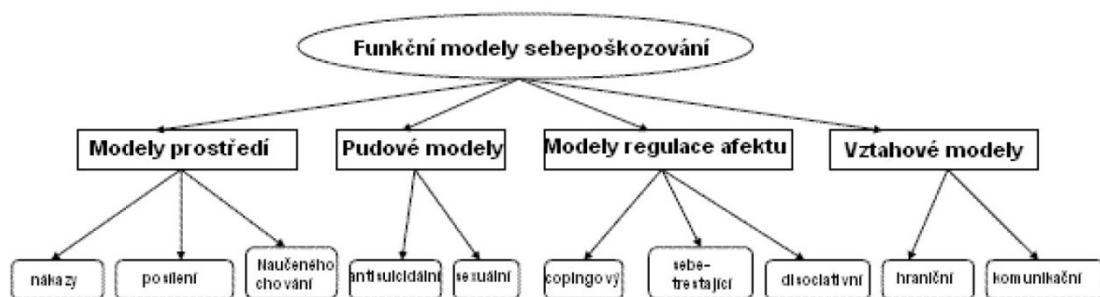
1.  *copingová strategie,*
2.  *uklidnění a utěšení; zvládání silných emocí a regulace psychické tenze,*
3.  *navození „psychické anestezie“ formou pocitů otupělosti,*
4.  *kontrola nad vlastním tělem,*
5.  *očištění,*
6.  *potvrzení existence,*
7.  *sebetrestání,*
8.  *komunikace, způsob vyjádření vnitřních prožitků,*
9.  *testování hranic, manipulace s druhými,*
10.  *snaha být zachráněn a volání o pomoc,*
11.  *euforický zážitek a regulace arousalu,*
12.  *výraz příslušnosti ke skupině.*



Nejčastěji sebepoškození slouží k regulaci intenzivní negativní emoce. Jedinci se poškozují, pokud cítí nějakou silnou emoci či nervozitu nebo za účelem rychlého zklidnění. Lidé, kteří se sebepoškozují často, mají vysokou citlivost na emoce a obtížně se vyrovnávají s negativními pocity. Přestože krátkodobě může sebeublížení rozptýlit tyto silné pocity, v průběhu času jedinců s historií sebepoškození se může vyskytnout intenzivní stud nebo pocit nedostatku kontroly (Chapman, Gratz, Brown, 2006; Yates, 2004 in Whitlock, 2009).

Do přehledného a vystihujícího schématu zpracovali funkce sebepoškození Power a Brown (2010).

**Obrázek č. 1** – Funkční modely sebepoškození dle Power a Brown (2010)



Níže uvádím znaky průběhu aktu sebepoškození podle Kocourkové (Koutek, Kocourková, 2007, s. 76) Stejně jako jiné návykové projevy, má sebepoškozující se jedinec tendence tento vzorec opakovat.

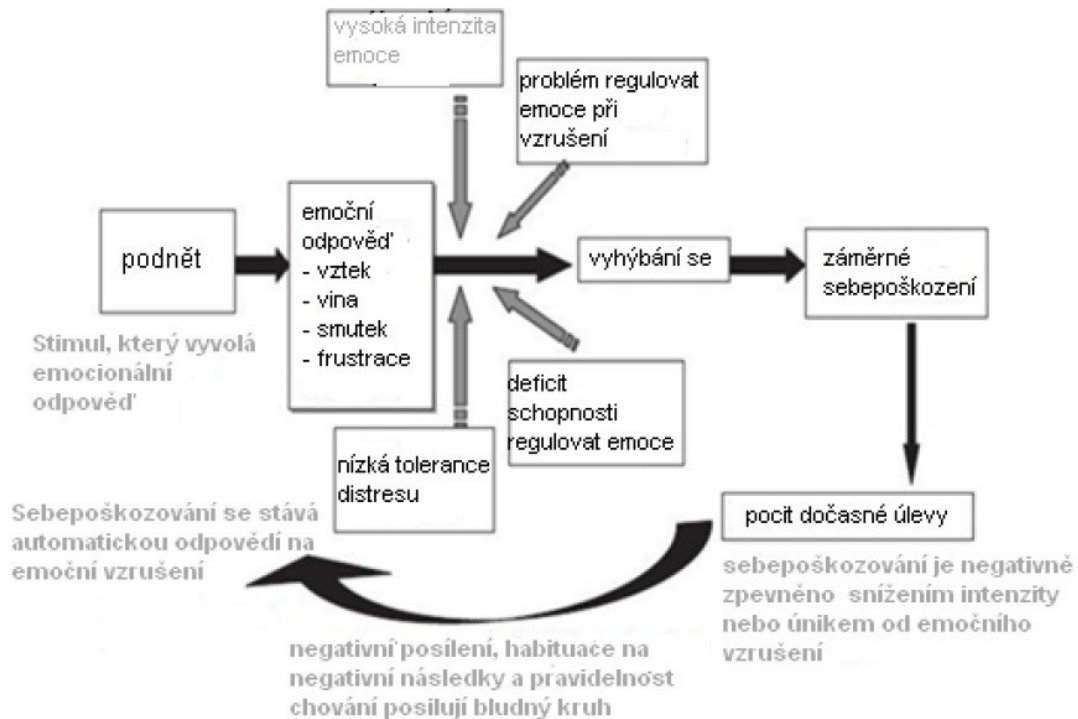
Průběh aktu:

1. *přítomnost precipitující události (například ztráta významného vztahu),*
2. *zesílení pocitu dysforie, napětí a úzkosti,*
3. *myšlenky na sebepoškození,*
4. *pokusy sebepoškozující jednání odvrátit,*
5. *následuje sebepoškození,*
6. *výsledkem je uvolnění napětí.*

Obdobně charakterizuje průběh aktu model sebepoškozujícího chování, který vytvořil Chapman a kolegové (2006). Sebepoškození zde funguje jako prostředek

k regulaci negativních emocí, myšlenek či sociálních situací. Z modelu lze také vyčíst vysvětlení, proč se sebepoškozování stává automatizovanou reakcí a řešením pro emočně vypjaté situace.

**Obrázek č. 2** – Model sebepoškozujícího chování EAM (Chapman a kol., 2009)



Porozumění motivaci k aktu je klíčovým faktorem pro úspěšnost terapie a léčby klienta. Těmto možnostem se budu dále věnovat v kapitole 1.9.2. Komplexní léčba.

Záleží také na tom, jakou funkci v životě jedince sebepoškozování plní. Uvádím model „Osmi C záměrného sebepoškozování“ podle Suttonové (2005, in Kriegelová, 2008, s. 105), kde je podrobnější rozdělení funkcí, které představuje v životě jedince záměrné sebepoškozování.

1. *Coping and crisis intervention – copingová strategie a krizová intervence,*
2. *calming and conforing – uklidnění a utěšení,*
3. *control – kontrola,*
4. *cleansing – očištění,*
5. *confirmation of existence – potvrzení existence,*
6. *creating comfortable numbness – navození utěšujících pocitů otupělosti,*
7. *chastisement – sebetrestání,*

## 8. *communication – komunikace.*

Klonsky (2014) rozděluje funkce sebepoškozování do dvou základních kategorií dle zaměření. První kategorii tvoří intrapersonální funkce zaměřená na sebe, sem patří například regulace emocí nebo sebe-trestání. Druhá kategorie je zaměřena interpersonálně a zahrnuje například ovlivňování ostatních.

Komplexnější kategorizaci uvádí Nock a Prinstein (2004). Možnosti chování, které motivují jedince k sebepoškozování, jsou sociální (mezilidské) a automatické (vnitřní). Další osu v modelu tvoří pozitivní či negativní posílení. Tímto vznikají čtyři kategorie chování:

- automatické – negativní posílení (motivací je touha zbavit se tísně nebo jiných nepříjemných pocitů),
- automatické- pozitivní posílení (sebepoškozování slouží jako prostředek k vyvolání emocí – „chci něco cítit, i kdyby to byla jen bolest“,
- sociálně – negativní posílení (snaha vyhnout se nějaké nepříjemné činnosti – škola, práce)
- sociálně - pozitivní posílení (touha získat pozornost ostatních i za cenu toho, že bude negativní).

## **1.6 Příčiny sebepoškozování v adolescenci, osobnostní předpoklady**

Příčiny záměrného sebepoškozování jsou multifaktoriální, tedy genetické, biologické, psychologické, sociologické. Mým záměrem není zde uvést komplexní přehled etiologie, proto se zaměřím pouze na psychosociální aspekty. Podle Platznerové (2009, s. 37) může osobnostní struktura alespoň částečně vyjádřit genetické predispozice. Lidé, kteří se sebepoškozují, často:

1. *trpí chronickou úzkostí,*
2. *mají sklon k iritabilitě,*
3. *vnímají se jako neschopní zvládat zátěž,*
4. *sami sebe nemají rádi/sami sebe znehodnocují,*
5. *jsou hypersenzitivní na odmítnutí,*

6. *mívají chronický vztek, obyčejně na sebe,*
7. *mají sklon potlačovat zlost,*
8. *mívají intenzivní agresivní pocity, které výrazně odsuzují a často potlačují nebo obracejí dovnitř,*
9. *bývají impulzivnější a mívají oslabenou schopnost kontrolovat impulsy,*
10. *mívají sklon jednat v souladu se svou momentální náladou,*
11. *mají sklon neplánovat do budoucna,*
12. *bývají depresivní a mívají sebevražedné/sebedestruktivní sklony,*
13. *nemají flexibilní repertoár dovedností pro zvládnání zátěže,*
14. *bývají přesvědčeni, že nemají kontrolu nad tím, jak zvládají život, mají sklon k vyhýbavosti,*
15. *cítí se slabí, bezmocní.*

Současný výzkum ukazuje, že sebepoškozování má společných mnoho rizikových faktorů s ostatními negativními copingovými mechanismy: historie dětského traumatu a / nebo zneužití (zejména sexuální nebo emocionální zneužívání), špatná komunikace v rodině, nedostatek rodinné lásky, a / nebo vnímaná izolace (Yates, 2004, in Whitlock, 2009).

Z hlediska vulnerability (tělesné i duševní zranitelnosti) můžeme sledovat několik faktorů, které lze rozdělit na dlouhodobé, krátkodobé a precipitující. Toto rozdělení užívá National Health Service ve Velké Británii.

*„Mezi **dlouhodobé faktory** vulnerability patří časná ztráta nebo separace pečující osoby. Odmítavý přístup nebo hyperprotektivní přístup pečující osoby. Sexuální, fyzické a psychické zneužívání dětí v dětství, trvalé osobnostní charakteristiky a duševní onemocnění.*

***Krátkodobými faktory** jsou momentální problémy ve vztahu s blízkou osobou, nedostatek sociální podpory, pracovní a studijní problémy, zdravotní problémy, momentální zneužívání návykových látek a zhoršení symptomů duševní nemoci.*

***Precipitující faktory** – Jedná se o stresující faktory, přítomné pouze několik dní těsně před epizodou záměrného sebepoškození. Patří sem akutní problém ve vztahu k blízké*

*osobě, finanční obtíže, úmrtí nebo jiná trvalá ztráta blízké osoby.*“ (Kriegelová, 2008, s. 67).

V návaznosti na výše uvedené faktory lze uvést relativně ucelený seznam příčin, které jsou dle výzkumu Richardsonové (2006), nejběžnějšími původci záměrného sebeпоškozování u adolescentů:

- šikana ve škole,
- stres a starosti spojené se školou a zkouškami,
- spory s rodiči nebo ostatními členy rodiny,
- rozvod rodičů,
- úmrtí rodičů nebo bolestná ztráta blízké osoby,
- nechtěné těhotenství,
- týrání či zneužívání (fyzické, sexuální, verbální),
- sebeпоškozování či sebevražda někoho blízkého,
- problémy spojené se sexualitou,
- problémy spojené s rasou, kulturou či náboženstvím,
- pocity nepřijetí či odmítání v rodině nebo v širší společnosti (škola, vrstevnická skupina atd.).

K těmto příčinám lze přidat ještě další možné kauzální faktory podle Suttonové (in Kriegelová, 2008, s. 68). Pokud vynecháme ty, které se shodují s faktory dle Richardsonové, dalšími příčinami mohou být:

- alkoholismus u pečující osoby,
- diagnostikovaná depresivní porucha u pečující osoby,
- nedostatek fyzického kontaktu dítěte s primárně pečující osobou,
- zneužívání dítěte jako „pěšáka“ při řešení manželských problémů rodičů,
- dlouhodobá nezaměstnanost jedince,
- narušené sebevnímání, nízká sebeúcta, sebehodnocení a sebevědomí,
- pocit nejistoty a vlastní neschopnosti,
- pocity vnitřní prázdnoty a osamělosti,
- zadržování silných emocí (vzteku, strachu).

## 1.7 Věkové a genderové rozdíly

Vliv pohlaví na sebepoškozování je velice sporné téma. Většina studií uvádí, že tento fenomén se týká převážně žen. Tyto závěry podle mne pramení z faktu, že ženy mají větší tendence se svými problémy svěřovat. Stejně tak to vidí Aldermanová (1997, in Kriegelová, 2008, s. 47) Nadhodnocení procentuálního zastoupení žen pramení z častějšího odhodlání žen vyhledat pomoc i pro mírné formy záměrného sebepoškozování. V původní studii Pattisona a Kahana (1983, in Kriegelová, 2008, s. 47) bylo zjištěno, že výskyt záměrného sebepoškozování je rozložen téměř rovnoměrně. U mužů se vyskytovalo v 51 % a u žen v 49 %. Recentní studie uvádějí častější sebepoškozující se chování u žen, než u mužů. Hawtonova studie z roku 2002 uvádí výskyt sebepoškozování u žen až třikrát častěji. Ovšem podle ambulantních záznamů a hospitalizací mohou být tyto záznamy zkresleny, protože většina sebepoškození nemusí být natolik vážná, aby jedinec vyhledal lékařskou pomoc.

Větší rozdíl v četnosti výskytu z hlediska genderové problematiky můžeme najít v závažnosti důsledků sebepoškození. Muži častěji volí fatální způsob poranění. S tím ovšem nesouhlasí Conterinová, Laderová a Bloomová (1998, in Kriegelová, 2008, s. 48).

Millerová (1994, in Kriegelová, 2008, s. 47) uvádí, že: *„Podstatou rozdílu může být skutečnost, že muži agresí spíše externalizují, zatímco ženy ji potlačují a obracejí proti sobě.“*

Nutno uvést, že tyto studie povětšinou pocházejí z průzkumu v klinických podmínkách. Dle Brodského et al. (1995, in Platznerová, 2009, s. 25) *„detekce sebepoškozujícího chování v populaci je v neklinických podmínkách (čili u běžné populace, která nebyla nikdy léčena pro související patologii, například depresi nebo úzkost) velmi těžká. Proto většina studií věnujících se tomuto jevu vychází ze vzorků pacientů/klientů, kteří jsou/byli v klinické péči pro jiné poruchy.“*

Genderové rozdíly lze pozorovat také u volby způsobů sebepoškozování. Burešová, Hrubá (2011) a Bartošová (2013) ve svých pracích uvádějí, že chlapci častěji volí způsoby fyzické způsoby jako bití se mimo hlavu i do hlavy. Kdežto dívky preferují spíše pořezání se, hladovění, záměrné zhoršování zdravotního stavu, zneužití léků či týrání se myšlenkami.

Z výše uvedených argumentů je patrné, že genderové rozdíly v záměrném sebepoškozování existují, jen si musíme zvolit určité hledisko, z kterého chceme tyto rozdíly zkoumat.

Záměrné sebepoškozování je všeobecně chápáno a pojímáno jako problematika vyskytující se v období adolescence. Ano, v tomto období se sebepoškozování objevuje nejčastěji. „Výzkumy ovšem dokazují, že může začít v jakémkoliv věku“ (Lawrence, 2000, in Kriegelová, 2008, s. 48). Nejčastěji uvádějí autoři jako věk výskytu první epizody 13 let. Ovšem podle výzkumu Suttonové (1999, in Kriegelová, 2008, s. 49) „u 6 % jedinců došlo k první epizodě před dovršením pěti let a již 27 % se záměrně sebepoškozovalo ve věku od 5 do 12 let. Největší zastoupení záměrného sebepoškozování (35 %) bylo ve věku od 13 do 18 let a relativně velké procento jedinců (32 %) uvedlo první epizodu ve věku nad 19 let.“

Různé studie se hojně shodují na věku okolo 12 – 14 let (například Whitlock, 2010; Hawton, Saunders, O`Connor, 2012). Burešová a Hrubá (2011) u nás uvádějí nejčastější věk první zkušenosti se sebepoškozováním ve věku 12 let.

Rozdílům a specifikům rozšíření tohoto jevu se budu nadále věnovat ještě v kapitole 1.9.4 Stav v ČR a ve světě, kde uvedu výsledky statistik evidence tohoto jevu.

## **1.8 Závislost na sebepoškozování**

*„Než se poprvé pořežete, pamatujte si: bude vás to bavit. Zjistíte, že krev a úleva od bolesti jsou návykové. A to i tehdy, když si myslíte, že si uděláte jenom pár zářezů, které nejsou hluboké a lehce se zahojí. Budou totiž hlubší. Buďte připraveni, že z deseti zářezů se stane sto. A počkejte, až poprvé říznete moc hluboko. Když budete osamělí, všechno se stane možným nástrojem: nůžky, klíče od auta, jehla, svorky, nebo třeba i pero. Budete si vyčítat, že jste s tím začali, protože to budete nenávidět a současně i milovat. Nebudete bez toho moct žít...“* (Z blogu <http://velvet-nightmare.blog.cz> in Merunková, 2007). Toto jsou zážitky uživatelky, která trpí sebepoškozováním. Je tu barvitě a přesně popsán celý průběh aktu. Jak silné při něm mají lidé pocity a jakou úlevu jim sebepoškozování přináší. Při vzniku a v průběhu tohoto aktu se uplatňuje disociace a

snížené vnímání bolesti. Bohužel je zde ale silný potenciál vzniku závislosti na tomto typu chování.

Stejně tak jako existuje závislost na alkoholu či cigaretách, může existovat závislost na sebepoškozování. *„Mnohé z forem závislostního chování nelátkové povahy, čili tzv. nelátkové návykové nemoci nenajdeme v oficiálních diagnostických tabulkách Mezinárodní klasifikaci chorob, tak jako je tomu u závislostí na psychoaktivních látkách (drogách). Avšak některé z nich jsou zařazeny mezi návykové a impulzivní poruchy např. gambling (patologické hráčství), nebo oniomanie/shopaholismus (patologické nakupování), workoholismus (závislost na práci a jiné). Vzhledem ke globálnímu rozměru tohoto nežádoucího sociálního jevu, závislosti nelátkové povahy, více autorů vedle drogových závislostí právem tento jev řadí k nejzávažnějším sociálně patologickým jevům“* (Hupková, 2010).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) je syndrom závislosti chápán jako skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, u kterých užívání nějaké látky nebo skupiny látek má u daného jedince přednost před jakýmkoliv jiným chováním, kterého si kdysi cenil více. Hlavní popisující charakteristikou u syndromu závislosti je craving (bažení), silná touha brát psychoaktivní látky, alkohol, či tabák. Tato definice ovšem reflektuje pouze látkovou závislost.

Obecně lze závislost vymežit na základě výskytu několika znaků (Griffiths, 1998, in Šmahel, 2003, s. 141).

**„Důležitost** – příslušná aktivita (v našem případě sebepoškozování) se stává nejdůležitější v životě, dominuje myšlení, pocitům, chování. A pokud se právě své závislosti závislý nevěnuje, přemýšlí alespoň, kdy se oné činnosti bude věnovat příště.

**Změna nálady** – pokud činnost, na níž jsme závislí, právě nevykonáváme, mění se nám nálada – nejsme schopni se řádně soustředit atp.

**Zvyšování tolerance** – tolerance na určitou dávku látky nebo činnosti se zvyšuje, to znamená, že musíme například hrát počítačové hry čím dál víc, aby nás to těšilo a dostavil se příslušný efekt.



**Abstinenční příznaky** – po přerušení činnosti, na níž jsme závislí, se dostávají nepříjemné psychické či fyzické pocity.

**Konflikt** – dochází ke konfliktu mezi naší závislostí a okolním světem – rodinou, zájmy, prací, školou apod.

**Recidivy** – recidivami se rozumí opětovné návraty do dřívějších stavů vyvolaných činnostmi, na níž jsme závislí. To znamená, že se při dalším kontaktu s předmětem naší závislosti dostaneme do již jednou zažívaného stavu podstatě rychleji než při prvním kontaktu.“

Podle Benkoviče (2007, in Šramková, 2010) k projevům závislosti patří následující znaky:

1. *silná touha po příjemných zážitcích a zaujetí těmito činnostmi,*
2. *problémy s kontrolou v jednotlivých činnostech,*
3. *preferenci těchto činností před jinými činnostmi,*
4. *pokračování v těchto činnostech i přes vznik závažných důsledků.*

Podle Nešpora (2007, s. 14) by se konečná diagnóza závislosti měla určit pouze tehdy, pokud během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících deseti jevům:

1. **silná touha nebo pocit puzení** užívat látku,
2. **potíže v sebeovládání** při užívání látky, a to pokud jde o začátek, ukončení nebo množství látky,
3. **tělesný odvykací stav.** Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se někdy také používá příbuzná látka s podobnými účinky,
4. **průkaz tolerance k účinku látky** jako vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo usmrtilo uživatele bez tolerance),

5. *postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,*
6. *pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.*

Důležitou roli při vzniku závislosti na záměrném sebepoškozování hraje jeho repetitivní povaha. Sebepoškozování může představovat jedno zranění nebo několik zranění. Frekvence sebepoškozování se taktéž liší. Může se jednat například o čtyři epizody za rok, dvě epizody za měsíc až po několik epizod denně.

Důsledky sebepoškozování ovlivňují pravděpodobnost jeho opakování v budoucnosti. Jelikož mnoho jedinců uvádí jako následky pocit euforie a možnost sebevyjádření, je vysoce pravděpodobné, že je sebepoškozující se chování jako reakce na určitou situaci posilováno. Dalším vyústěním sebepoškozování je ukončení disociačního stavu a snížení nepříjemné tenze, což může toto chování také posilovat (Kriegelová, 2008, s. 112). V americkém výzkumném projektu (Whitlock et al. 2007, in Platznerová, 2009, s. 36) velký počet studentů vysokých škol uvedl, že mají problém kontrolovat své nutkání k sebepoškozování. Sami účastníci výzkumu srovnávají okamžitý účinek sebepoškození i sebepoškozování jako takového se závislostí. Mnozí dotazovaní hovoří o chvílích s pocitem silné potřeby se poškodit i v situaci bez zřejmého spouštěče. Sebepoškozování přirovnávají také k drogovým závislostem a uvádějí potřebu zvyšování frekvence a závažnosti poškození pro dosažení stejného efektu.

## **1.9 Práce se sebepoškozujícími se jedinci**

Přestat se záměrným sebepoškozováním není rozhodně jednoduché, zvláště pokud si na tomto chování jedinec vytvořil závislost. Ukončit toto jednání může být těžký, složitý a dlouhodobý proces. Pomoc může mít rozličné podoby, ať už se bude jednat o pomoc odbornou či laickou. Klíčem k úspěchu je odhalení a pochopení motivů, které osobu k sebepoškozování vedly. Dále pak zjištění, jakou roli hraje sebepoškozování v životě konkrétní osoby.

*„Cílem léčby poškozujícího se pacienta je redukce počtu dalších epizod sebepoškození, redukce touhy poškodit se, prevence sebevraždy a zlepšení sociálního fungování a kvality života, při minimu vedlejších nežádoucích účinků léčby“ (Platznerová, 2009, s. 69).*

Zde je jasně patrné, že po jedinci, který se sebepoškozuje, nemůžeme chtít, aby s tím přestal okamžitě. Ukončení jakékoliv formy závislosti je dlouhodobý proces a kladení vysokých nároků a nereálných cílů může klienty jen zúzkostnit. Pocity nátlaku a nepochopení ze strany terapeuta mohou vést k zatajování sebepoškození. Jako nejefektivnější se jeví práce pomocí kognitivně – behaviorální terapie. V knize Andrey Platznerové je problematice psychoterapie věnována celá kapitola. Myslím si, že není ani tak důležité, jaká forma terapie se pro léčbu použije, jako to, aby se při ní klient cítil v psychické pohodě. Při každé terapii je důležité, aby se klient cítil přijímán, a u sebepoškození to podle mého názoru platí ještě o mnoho více. Tito lidé jsou povětšinou odmítáni svým okolím, proto je pro ně důležité, aby se cítili v bezpečí. Jen tak mohou dostatečně popsat, jak se cítí, a jen tak je může terapeut pochopit. *„Ochota naslouchat bez zděšení a hodnocení může poškozujícímu se naopak pomoci použít k sebevyjádření slov namísto vlastního těla. Základní podmínkou pro první kontakt s poškozujícími se osobami je vytvořit bezpečné prostředí. To může být složité u lidí, kteří zažili trauma nebo zneužití. Zejména při vytváření vztahu s poškozujícím se adolescentem jsou důležitými podmínkami struktura, důslednost a předvídatelnost“* (Platznerová, 2009, s. 71).

### **1.9.1 Možnosti prevence**

Praktická část této diplomové práce je směřována na cílovou skupinu adolescentů, tudíž z velké části na žáky či studenty škol. Proto jsem se snažila nalézt zmínku o záměrném sebepoškození ve školském dokumentu. Jako podklad jsem použila Národní strategii primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013 – 2018, kterou vydává MŠMT. Prevence je zaměřena na následující oblasti:

- agrese,
- šikana,
- násilí,

- kyberšikana,
- intolerance,
- homofobie,
- záškoláctví,
- vandalismus,
- rasismus a xenofobie,
- užívání OPL,
- kouření – tabák,
- zneužívání alkoholu,
- spektrum poruch příjmu potravy.

Předešlé strategie byly vydávány na tři roky, ta současná je na pět let. Skladba oblastí je lehce pozměněná, oproti té předchozí. Nyní se zde nenachází například netolismus a gambling, domácí násilí či syndrom CAN. Naopak oproti předešlému období přibyla například kyberšikana. V předešlém dokumentu byla strategie rozdělena na dvě části, a to sice na předcházení určitým jevům a na jejich rozpoznání a včasnou intervenci. Škola dle mého názoru hraje důležitou roli právě v tomto bodě – rozpoznání jevu a včasné intervenci. Učitelé a další pedagogičtí pracovníci přicházejí s dětmi a mládeží do pravidelného kontaktu, často za jiných podmínek než rodiče. Proto jejich informovanost může hrát důležitou roli v preventivním působení ve spojitosti se záměrným sebepoškozováním.

Důležitým krokem pro to, abychom mohli pomoci sebepoškozujícímu se jedinci je rozpoznat, že se sebepoškozuje. Odhalit to nebývá vždy jednoduché, protože osoby, které se sebepoškozují, se za toto své chování často stydí, a skrývají ho. Zde je několik věcí, které mohou napomoci při identifikaci.

- Nevysvětlitelné, nebo shluklé jizvy či jiné značky,
- čerstvé řezy, modřiny, popáleniny, nebo jiné příznaky tělesného poranění,
- časté nošení obvazů,
- oblečení neadekvátní k dané sezoně (například trička s dlouhým rukávem či kalhoty v létě),
- neochota účastnit se akcí, které vyžadují malé pokrytí těla (například plavání),

- neustálé nošení náramků,
- nevysvětlitelná výbava (jako břitva, nože nebo jiné řezné nástroje),
- fyzická nebo emoční absence, zaujetí, vzdálenost,
- sociální uzavřenost, citlivost k odmítnutí, obtížné zvládnání hněvu, nutkání,
- projevy sebepohrdání, hanby a/nebo bezcennosti.

Je důležité si uvědomit, že ačkoliv mnoho jedinců, kteří se sebepoškozují, je uzavřených a nespolečenských, nemusí tomu tak být vždy. Existuje významný počet vysoce funkčních a společensky angažovaných jedinců, kteří se sebepoškozují (Whitlock, Eckenrode, et al., 2006, in Whitlock, 2009).

V případě podezření, že se někdo sebepoškozuje, je nejdůležitější být upřímný. Popsat to, co je na první pohled patrné a popis doplnit o své obavy. Je vhodné zeptat se přímo: „Všiml jsem si, že máš rány nebo jizvy na ruce a vím, že to může být příznakem sebepoškozování. Zraňuješ se? " V případě, že to jedinec potvrdí, můžeme se zeptat, jestli o tom s někým mluvil. Pokud jedinec odpoví, že ne, případně se vyhýbá otázce, nevyvíjíme na něj nátlak. Je důležité respektovat soukromí, není-li, samozřejmě v ohrožení jejich život. Pokud sebepoškozování popírají, necháme jen otevřené pomyslné dveře: "Pokud by sis chtěl někdy o něčem promluvit, jsem k dispozici." Pokud si nejsme jisti jak reagovat, je vhodnější nereagovat vůbec. Někdy je žádná reakce lepší, než ta negativní (Whitlock, 2009).

V případě přesvědčení, že se dotyčný sebepoškozuje, je důležité si uvědomit, že nikdo nemůže nikoho jiného „opravit“. Pomocí z naší strany může být poskytnutí podpory a upřímnosti. Následuje několik rad, jak je vhodné reagovat.

- Odpovědět s klidnou hlavou, spíše než s proudem emocí. Jedním ze způsobů, jak získat důvěru, je klást jednoduché otázky, které umožňují zjistit důležité informace a poskytnou prostor pro sdílení. („Pokud máš nutkání se zranit, na jakém místě na těle?“, „Prožíváš určité emoce, když se chceš zranit?“, „Existují nějaké věci, kvůli kterým se zraňuješ?“).
- Posoudit bezprostřední nebezpečí, jako je závažnost poranění (Je potřeba okamžitá lékařská pomoc?).

- Dalším důležitým krokem je zapojení osoby, které se to přímo týká, do posuzování chování, důsledků a dalších kroků. Neméně důležité je zapojení ostatních (rodiče, odborníci) do tohoto procesu. Mohou nabídnout pomoc, podporu, vedení a rady, nejen pro sebepoškozujícího se jedince (Walsh, 2006, Selekman, 2009, in Whitlock, 2009).
- Pokračovat v sebevzdělávání ohledně tematiky sebepoškozování. Je také vhodné pomoci jedincům, kteří se sebepoškozují, pochopit rizika nákazy. Dále je třeba klást důraz na význam vyhýbání se tomuto chování, protože to může zraňovat i naše blízké.
- Vhodné je zmapovat si místa, kde je možné pracovat s lidmi, kteří se sebepoškozují. Ačkoliv je možné se zbavit sebepoškozování bez psychologické péče, mnozí opravdu potřebují tento typ podpory. V některých případech je třeba identifikovat a řešit základní příčiny (Withlock, 2009).

Muehlenkamp (2009) uvádí školní prostředí, jako potenciálně silné a slibné místo v oblasti prevence. Z jeho průzkumu vyplývá, že prevence této problematiky na školách je teprve na začínající úrovni. Adolescenti sami uvedli, že možnost svěřit se ve škole někomu, komu opravdu důvěřují a kdo je nebude soudit, považují za výchozí bod. Z toho důvodu je potřebné vzdělat v této oblasti nejen učitele, ale i žáky a využít tak vlivu a možností peer skupiny. Také rodiče by se měli seznámit s tím, jak reagovat, pokud zjistí, že se jejich dítě sebepoškozuje. Je také třeba pokusit se odstranit stigma, které je spojeno s vyhledáním pomoci.

Ačkoliv se využití peer skupin jeví jako potenciálně výhodné, nese s sebou také určitá rizika. Studenti, kteří se sebepoškozují, se s velikou pravděpodobností s tímto problémem svěří svému vrstevníkovi, protože ten ho spíše pochopí. Ovšem v jeho schopnostech není tomuto jedinci pomoci. Je proto nezbytné posílit ve studentech vědomí, že je třeba podpořit kamaráda při hledání pomoci u odborníka nebo jiné dospělé osoby. Pro efektivní prevenci je proto třeba pracovat s žáky, ale také s učiteli, kteří mohou zprostředkovat první kontakt s odborníkem (Muehlenkamp, 2009).

V zahraničí byl navržen program SOSI (The Sign of Self-Injury), který by měl sloužit k prevenci záměrného sebepoškozování. Byl navržen na základě zkušeností s obdobným

programem, který je zaměřen na suicidální jednání. Program si dává za cíle za a) zvýšit informovanost o záměrném sebepoškozování včetně varovných signálů a příznaků, b) vylepšit schopnost studentů vnímat a reagovat na někoho, kdo se sebepoškozuje, zpřístupnit možnosti pomoci studentům, c) podpořit je ve vyhledávání pomoci pro sebe i pro vrstevníky, d) snížit počty aktů záměrného sebepoškozování mezi adolescenty. Tento program je rozdělen do dvou hlavních částí – pro pedagogy a pro studenty. V podkladech určených pro pedagogy je obsažen materiál, který se věnuje varovným příznakům ve změnách chování a uvádí i doporučené metody, jak reagovat, pokud máte podezření na záměrné sebepoškozování. Materiály pro studenty jsou poskytovány na DVD, na kterých jsou obsaženy základní informace o záměrném sebepoškozování, zejména znaky a symptomy. Žáci jsou podněcováni krátkými medailonky, ke vzájemné pomoci v rámci ACT modelu, který spočívá ve třech základních krocích. **A** (Acknowledging) brát na vědomí znaky, **C** (Care) demonstrování pomoci jiné osobě a toha nabídnout pomoc, **T** (Tell) oznámit to dospělému, kterému důvěřujete. Součástí videomateriálů jsou také příklady setkání sebepoškozujícího se žáka a školního terapeuta; rozhovor s adolescentem, který se vyléčil ze záměrného sebepoškozování; video zaměřené na cvičení nabídnutí pomoci a redukování stigmatu, které je spojené s jejím vyhledáním. Následuje také modelová diskuse, která podněcuje studenty k debatování o možnostech, které mají na jejich škole (Muehlenkamp, 2009).

Z výzkumů vyplývá, že tento program nemá žádné iatrogenní účinky. Toto je velmi důležité zjištění, protože některé kampaně, které byly založené na osvětě a informovanosti podněcovaly rozšiřování určitého jevu. Mezi studenty po zavedení tohoto programu nedošlo ke zvýšení výskytu záměrného sebepoškozování. Ovšem i přes toto zjištění není SOSI program považován za nejlepší model prevence a jsou nezbytné další výzkumy v této oblasti (Juhnke, 2011, s. 98).

### 1.9.2 Komplexní léčba

*„Žádné ultimátum nefunguje a neexistují ani žádná rychlá řešení. Skoncování se záměrným sebepoškozováním je dlouhodobý proces a rozhodnutí musí vyjít od jedince samotného“* (Suttonová, in Kriegelová, 2008, s. 133). Tato myšlenka podle mě vystihuje celou problematiku terapie. Jedná se o dlouhodobý proces, který, aby byl úspěšný, musí vycházet především od jedince samotného. Jelikož se jedná o problematiku s multikauzálním původem, i její léčba musí být komplexní. Kriegelová (2008) ve své knize uvádí čtyři základní složky, které by měly tvořit odbornou intervenci. Těmi je psychologická intervence, farmakologická intervence, sociální intervence a hospitalizace.

**Psychologická intervence** je realizována formou krátkodobé i dlouhodobé terapie. Využívá se kombinace individuální i skupinová terapie. Proces poradenské činnosti je většinou tvořen počátečním zmapováním problému, primární diagnostikou, coachingem a naplánováním další léčby. Hojně jsou využívány především metody založené na kognitivně-behaviorální terapii.

**Farmakologická intervence** je využívána především v případech, kdy záměrné sebepoškození splňuje navíc kritéria pro diagnózu duševní poruchy. V těchto případech jsou nasazována psychofarmaka. Jako funkční se osvědčila především antipsychotika ke snížení arousalu či antidepresiva.

**Sociální intervence** slouží k posílení sociální opory jedince a zajištění bezpečného zázemí. Je podporován kontakt s odborníky. V případě podezření na nepříznivé sociální vlivy pramenící z rodiny lze využít i pomoci sociálních kurátorů.

**Hospitalizace** je využívána pouze v situacích, kdy má jedinec suicidální myšlenky. Upřednostňována je ambulantní forma, protože nedochází k vytvoření uměle bezpečných podmínek a jedinec se tak může naučit efektivní copingové strategie využitelné v reálném životě.

Pro práci s klienty, kteří se sebepoškozují, jsou využívány specifické psychodynamické přístupy. Kriegelová (2008, r. 139) ve své knize uvádí jejich výčet



a následně i jejich charakteristiku, já je zde pro doplnění pouze vyjmenuji. Jedná se o:

- Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a na trauma zaměřená kognitivně-behaviorální terapie (TF – CBT),
- dialektická behaviorální terapie (DBT),
- integrativní kognitivní terapie (ICT),
- multimodální kognitivně-behaviorální přístup,
- eye movement desensitization and reprocessing (EMDR),
- narativní přístup Dusty Millerové.

Platznerová (2009, s. 82) ve své knize dále uvádí ještě další formy terapie, kterým se velice podrobně věnuje:

- eklektickou terapii,
- psychoterapeutickou intervenci zaměřenou na rodinu a blízké sebepoškozujících se osob,
- svépomocné metody,
- skupinovou terapii.

### **1.9.3 Rizika spojená s terapií**

V průběhu terapie se mohou vyskytnout různá rizika a nástrahy, které znesnadňují spolupráci klienta a terapeuta. Případně mohou demotivovat v pokračování v terapii. Postupně se na tuto problematiku podíváme z pohledu obou účastníků terapeutického procesu.

Jako významný se v tomto ohledu jeví poradenský kontrakt. Je to forma dohody, kterou spolu uzavírají klient a terapeut. Dle zahraničních zkušeností (Suttonová, in Kriegelová, 2008, s. 138) je doporučováno tento kontrakt uzavírat právě i s jedinci, kteří se sebepoškozují. Ti mají problémy s důvěrou ve své okolí a často mají tendence přesahovat možnosti terapie nebo poradenského sezení. Pečlivé zpracování tohoto kontraktu podporuje směřování k jednotlivým cílům terapeutického procesu. Měl by obsahovat dohodu nad cíli terapie, hranici důvěrnosti, frekvenci, četnost a délku setkávání, domácí práci a systém podpory v krizové situaci. Součástí

takového kontraktu dále bývá i dohoda o tom, kde se budou sezení konat, kdo bude přítomen, způsob rušení sezení a způsob jeho finančního hrazení. V kontraktu by měly být obsaženy také následky za jeho porušení. Podle řady odborníků by součástí kontraktu měla být také dohoda o „nesebepoškozování“ během terapie. Tato dohoda ovšem zúzkostňuje klienty a může vést k zamlčování epizod sebepoškozování a ovlivňovat tak negativně vztah klienta s terapeutem. Jako vhodnější alternativa se jeví dohoda o omezování těchto epizod. Často je v těchto situacích využíváno pravidlo 24 hodin. V praxi to znamená, že klient nemůže kontaktovat terapeuta během následujících 24 hodin od epizody sebepoškození. V tomto případě je nutné klientovi vysvětlit, že toto pravidlo není stanoveno jako trest, odmítnutí nebo upírání péče. Ale že se jedná o strategii, která by měla zabránit posilování záměrného sebepoškozování, pokud nebude terapeut reagovat.

K efektivní práci s klientem bezpochyby mimo kontraktu patří navázání kontaktu a vytvoření důvěry. Je doporučováno k těmto klientům přistupovat s pochopením, respektem a diskretností. Důležité je také naslouchat s ochotou a nesoudit klienta za jeho chování. Je třeba se vyvarovat projevům zděšení, odsouzení ale i lítosti (Platznerová, 2009, s. 70, 71).

Pevně navázaný terapeutický vztah podpora jedince jeho nejbližším okolím je důležitá pro prevenci relapsu, který se může u sebepoškozujících se jedinců vyskytnout. I minimální změna může přinášet pocity strachu a způsobovat diskomfort. Jedinec má poté tendence sklouzávat zpět k osvědčeným způsobům zvládnání zátěže (Kriegelová, 2008, s. 152).

Dle kvalitativních studií (Bruser, Pitchko, Bruser, 2014; Whisenhunt a kol., 2014) z rozhovorů s klienty, kteří přestali se záměrným sebepoškozováním, vyplynulo několik společných znaků, které jim pomáhaly či naopak nepomáhaly v průběhu terapie.

- Uváděli, že kritika jejich chování (sebeoškozování) toto chování v některých případech ještě posilovala. Naopak neodsuzující dialog jim pomáhal toto chování redukovat.

- Redukovali epizody záměrného sebepoškozování, když si uvědomili, že tím ubližují i blízkým lidem ve svém okolí. Mohou je zklamat a přidělat jim starosti.
- Po sebepoškození se nedostavovaly pocity, které dříve po tomto aktu mívali.
- Oceňovali profesionální přístup. Pomáhalo jim plánování dosažení určitých životních cílů. Zjistili, že sebepoškozování jim může zamezit jejich splnění.
- Náhled na to, že takové jednání neprospívá jejich zdraví. Neustále viděli své jizvy.
- V některých případech je důležitá také změna prostředí. Sebepoškozující se jedinec potřebuje pevné zázemí rodiny či přátel. Pokud toto zázemí nemá, je změna prostředí, případně i návyků shledávána jako prospěšná.

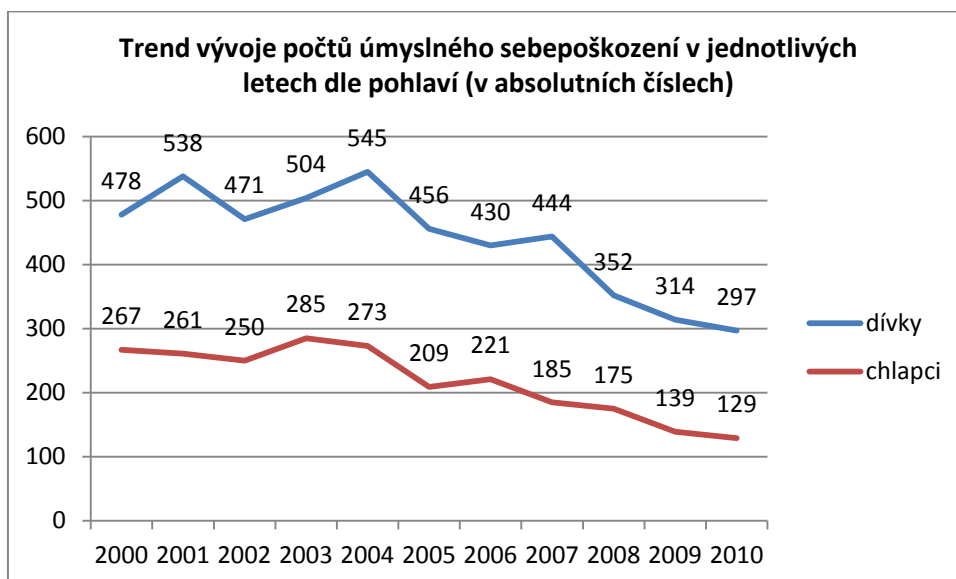
Whisenhunt (a kol., 2014) uvádí, že pro práci s klientem a úspěšnou terapii je nezbytné pochopit, jakou roli hraje sebepoškozování v jeho životě. Na základě tohoto rozklíčování je možné stanovit funkční a efektivní postupy pro další práci.

Existují ovšem i rizika, která terapie představuje pro terapeuta. Práce se sebepoškozujícími se klienty je pro terapeuta náročná a měl by proto dbát na psychohygienu a supervizi. Do terapie se může promítnout kognitivní i emocionální protipřenos. Terapeut může mít tendence převzít odpovědnost za výsledek terapie. Může považovat klienta za oběť a sebe za záchránce; identifikovat se s klientem jako s obětí teroru; v průběhu terapie se mohou objevit také různé emoce, jako jsou hněv, strach, smutek, úzkost, vztek na společnost či na klienta samotného. Je třeba si být těchto skutečností vědom a umět s nimi pracovat (Kriegelová, 2008, s. 153).

#### **1.9.4 Stav v ČR a ve světě**

Pro zmapování a popsání stavu výskytu záměrného sebepoškozování budu vycházet z článku Průchové (2012), ve kterém jsou zpracována data z Ústavu zdravotně sociální práce. Tato data pochází z let 2000 – 2010 z území celé České republiky. Bohužel, tyto statistiky nejsou úplné, protože se jedná pouze o evidenci jedinců, kteří byli v důsledku svého poranění hospitalizováni. Data z ambulantních zařízení k dispozici nejsou. Z tohoto důvodu je velice obtížné, de facto nereálné, přesně zmapovat výskyt tohoto jevu.

**Graf č. 1** - Trend vývoje počtu úmyslného sebepoškození v jednotlivých letech dle pohlaví (v absolutních číslech)

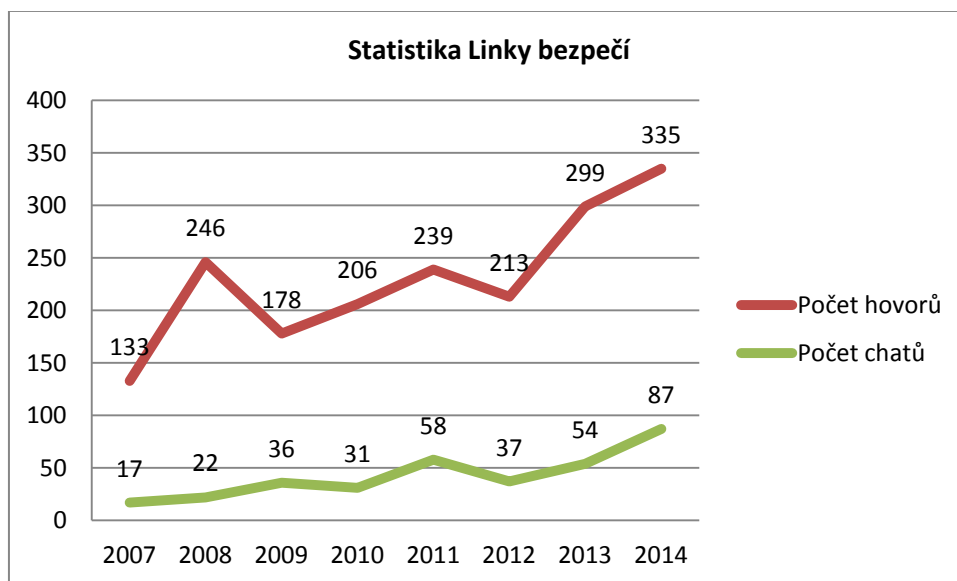


Tento graf (zdroj: ÚZIS ČR in Průchová, 2012) znázorňuje počty sebepoškození pro obě pohlaví v jednotlivých sledovaných letech. Z uvedených dat lze vyčíst, že výskyt tohoto jevu má z dlouhodobého hlediska klesající tendenci.

Výzkumný soubor tvořili chlapci a děvčata ve věku do 18 let, kteří mají diagnózu dle MKN-10 (X60 – X84). Za období deseti let bylo v registru evidováno celkem 7 223 případů, to jsou v průměru téměř dva případy denně. V počtu případů jasně převažují dívky nad chlapci. Dívky byly hospitalizovány v 67 % (4 829 případů) a chlapci v 33 % (2 394 případů). Statisticky významná je také závislost mezi pohlavím a věkem, ve kterém dochází nejčastěji k sebepoškození. Zatímco pro dívky je rizikový věk mezi 10 – 14 lety, u chlapců je to mezi 15 – 18 lety. Nejčastější místo, na kterém k sebepoškození dochází, je domov či jiná obytná instituce. U dívek je toto místo zastoupeno v 78,9 % a u chlapců v 64,5 %. Škola, sportovní či jiné veřejné prostory tvoří pouze 4,9 % (dívky) a 6,7 % (chlapci). Jako další zajímavý ukazatel můžeme uvést délku hospitalizace, kdy u chlapců převažuje pouze krátkodobá hospitalizace trvající jeden nebo dva dny. Oproti tomu dívky bývají hospitalizovány převážně na tři až devět dnů. Pokud je hospitalizace delší než deset dní, rozdíly v pohlaví patrné nejsou.

Dále uvádím data ze statistik Linky bezpečí (LB). Oslovila jsem vedoucího LB s prosbou, zda evidují tuto problematiku zvlášť, protože se mi ji nepodařilo dohledat ve výroční zprávě a zda by mi mohl tato data poskytnout. Níže uvádím graf, na kterém je zachycen vývoj za posledních osm let. Počty dětí, které Linku bezpečí kontaktovaly telefonicky či prostředím chatu.

**Graf č. 2 – Statistika Linky bezpečí (2007 – 2014)**



Ani v jedné z výše uvedených statistik se nejedná o detekci výskytu záměrného sebepoškození mezi adolescenty. V prvním případě jsou zachyceny pouze případy, kdy byla nutná hospitalizace. V druhém případě se jedná o jedince, kteří se se svým problémem obrátili na pracovníky Linky bezpečí. Zajímavé ovšem je, že trend výskytu je v jednotlivých statistikách opačný. Ačkoliv se počet hospitalizovaných jedinců v průběhu let snížil, počet klientů, kteří se snaží vyhledat pomoc, se zvyšuje. Otázkou zůstává, zda důsledky sebepoškození nejsou tak vážné, aby byla nutná hospitalizace, nebo je pokles způsoben možnou stigmatizací v případě vyhledání lékařské pomoci. Z druhé statistiky vyplývá opačná tendence. Zde se můžeme ptát, zda je jedinců, kteří se sebepoškozují, stále více, či se častěji obracejí na odborníky s žádostí o pomoc?

Z odborných studií provedených u nás i v zahraničí vyplývá, že prevalence k záměrnému sebepoškození se pohybuje v rozpětí od 7,2 % (González-Forteza, 2005) až do 47 % (Dyl, 2008). V zatím nejrozsáhlejší evropské studii CASE (Child & Adolescens

Self – harm in Europe), která byla provedena v letech 2000 – 2001 na vzorku 30 477 respondentů byla zjištěna prevalence sebepoškozování 11,1 %. Dle výstupů z výzkumu „Výskyt sebepoškozování mezi dětmi staršího školního věku“, které ve své práci uvádí Bartošová (2014), se u české neklinické populace vyskytuje sebepoškozování s prevalencí mezi 18 % a 22 % (získaná data pochází z rozdílných dotazníků). Z výzkumu Burešové a Hrubé (2011) vyplývá, že alespoň jednu vlastní zkušenost se záměrným sebepoškozováním má 29 % respondentů.

K detekci prevalence sebepoškozování se používají různé typy dotazníků, z čehož pramení rozdílnost výsledků. Muehlenkamp a kol. (2012) ve své práci uvádí přehlednou analýzu studií z let 2005 – 2011. Ze záznamů vyplývá, že dotazníky, které užívají jednopoložkové metody, vykazují nižší hodnoty prevalence, než dotazníky komplexní. Často používané dotazníky jsou například Ottawa Self – Injury Inventory (OSI), Self – Harm Behavior Questionnaire (SHBQ), Functional Assessment of Self – Mutilation (FASM), Behavior check list, Self – harm inventory (SHI), 5/12 NSSI behaviors (viz. Příloha č. 4 – 7).

## **2 Charakteristika vývojového období adolescence**

Období dospívání neboli adolescence, je tím nejzajímavějším a zároveň také nejkomplikovanějším obdobím. Jedinec prochází změnami, které se týkají všech oblastí – psychické, somatické i sociální. Dospívání představuje specifickou životní etapu, která je tvořena celou dekádou, a to sice od 10 do 20 let. Tato etapa má své typické znaky, které mají svůj subjektivní i objektivní význam. Je to období hledání sebe sama, své osobnosti. Dospívající jedinec přehodnocuje svůj dosavadní život a snaží se zvládnout svou proměnu, získat přijatelné sociální postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou zralejší formu vlastní identity (Vágnerová, 2005, s. 321).

### **2.1 Diferenciace v období adolescence**

Období dospívání můžeme rozdělit do dvou fází, a to sice na ranou adolescenci a pozdní adolescenci. Ranou adolescenci můžeme vymezit věkovým obdobím přibližně 11 – 15 let. V tomto období jsou nejnápadnější tělesné změny, v souvislosti s těmito změnami dochází i ke změně v sebepojetí a v reakcích okolí na dospívající. Ruku v ruce s tělesným zráním se mění i způsob myšlení a emočního prožívání. Aby mohly všechny tyto změny proběhnout úspěšně, musí na ně být jedinec dostatečně připraven. V dospívání dochází ke ztrátám starých jistot a posiluje se potřeba orientace v nové situaci. Dospívající má v tomto období několik hlavních potřeb, které by měly být saturovány, aby mohl vývoj zdárně probíhat. Mezi tyto potřeby patří potřeba jistoty, potřeba citové akceptace a potřeba přijatelné pozice ve světě. Vyústěním tohoto procesu by mělo být dosažení nové přijatelné pozice, ve které by se dospívající cítil konformně (Vágnerová, 2005, s. 323 - 326).

Druhou fází je pozdní adolescence, která trvá přibližně od 15 do 20 let. Pozdní adolescence je především dobou, ve které dochází ke komplexnějším psychosociálním proměnám, které jsou zaměřeny především na rozvoj vlastní identity. Ta by měla být subjektivně přijatelná a měla by alespoň částečně odpovídat představám adolescenta. Smyslem pozdní adolescence je především poskytnout jedinci čas a prostor pro to, aby těmto změnám porozuměl. Je to prostor pro to, aby porozuměl sám sobě, zvolil si, čeho chce dosáhnout a jakou cestou toho chce dosáhnout (Vágnerová, 2005, s. 323 - 326).

Macek (2003, s. 9 - 10) uvádí, že termín adolescence je typický především pro psychologii. Spodní hranice je spojována s plnou reprodukční zralostí, v jejímž průběhu dochází k ukončení fyzického růstu. Horní hranice tohoto období je určována především kritérii psychologickými (dosažení autonomie), sociologickými (role dospělého) a pedagogickými (ukončení vzdělání a získání profesní kvalifikace). Období adolescence dělí na tři fáze: časnou adolescenci (10 – 13let), střední adolescenci (14 – 16 let) a pozdní adolescenci (17 – 20 let). Přičemž každá etapa má své charakteristiky a specifika.

## 2.2 Emoční vývoj v období adolescence

Období dospívání je spojeno s hormonálními změnami, které zapříčiňují změny v oblasti citového prožívání. Navenek se tyto změny projevují kolísavostí emočního ladění, větší labilitou, dráždivostí, přecitlivělostí a nárůstem emočního zmatku. Ztrácí se bývalá citová jistota a stabilita. Emoční reakce se zdají být, v porovnání s dřívějšími, nepřiměřené. Citové prožitky jsou intenzivní, krátkodobé a proměnlivé. Jelikož si dospívající tyto změny nedokáže vysvětlit, reaguje na své pocity rozmrzele, obtěžují ho. To může vést k podrážděnosti, výkyvům nálad a chování. Podle Kriegelové (2008, s. 49) mají nálady adolescentů tendence mít výkyvy, od pocitů extrémního štěstí až po pocity bezbřehého smutku. Změna emočního prožívání se také může projevovat větší impulzivitou a nedostatkem sebeovládání. Adolescenti věnují svým pocitům více pozornosti než dříve. Toto období je také charakteristické tím, že adolescenti nechtějí své city a emoce projevovat navenek. Považují své prožívání za součást své osobnosti a nechtějí je s nikým sdílet. Sami nemají ve svých pocitech jasno a bojí se výsměchu, nepochopení nebo odmítnutí. Toto zvýšené sebeuvědomění a nejistota vede k hlubšímu prožívání negativních emocí. Nejistota se může měnit v úzkost, protože dospívající mají větší sklon k prožitkům smutku. S celkovou nejistotou souvisí i přecitlivělost na projevy jiných lidí. Tyto projevy slouží adolescentům jako zpětná vazba, proto se zvyšuje jejich nejistota a snižuje sebehodnocení, pokud jsou projevy okolí spíše negativní. V dospívání je častou obrannou reakcí únik do fantazie. Umožňuje odpoutání od reality a alespoň symbolické zvládnutí nejrůznějších problémů, které nedokáže řešit v reálném životě (Vágnerová, 2005, s. 340 - 343). Prudkost reakcí potvrzuje i Říčan (2004, s. 177) „*Pubescent reaguje podrážděně. Jeho nálady bývají labilní, nápadně často se mění,*



*převládají však záporné emoce: rozmrzelost, nepokoj, neklid, horečnatá aktivita, pak zase apatie hraničící s depresí. Dospívající sám nerozumí tomu, co se s ním děje.“*

Stuchlíková (2002, s. 100) také uvádí, že dospívající získává více sociálních rolí a dochází k pokroku v rozvoji abstraktního myšlení. Studie dokumentují nárůst emočního zmatku a negativních afektivních stavů. Dospívající jsou zranitelní a málo odolní v oblasti sociální úzkosti. Zvýšené sebeuvědomování ovlivňuje sebehodnocení a aktivuje tak negativní emoce, například strach či smutek.

Děti dnes dosahují zralosti v tělesném růstu i pohlavní zralosti dříve, než to bývalo. Současně však nemusí dojít k dozrání v oblasti psychické či sociální. To může vést k výskytu nežádoucího chování v adolescenci, které souvisí se sekundární akcelerací (Vágnerová, 2005; Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 164).

V tomto období může sebepoškození jedinci sloužit jako jakýsi přechodový rituál, který tvoří pomyslnou dělicí čáru na přechodu z dětství do dospělosti. Další funkcí může být vytvoření vlastního fantazijního světa, kam adolescent uniká před nástrahami a každodenními těžkostmi. Dle mého názoru je také neopomenutelným činitelem nezáměr či naopak přehnaný tlak ze strany rodiny, vrstevníků či školy.

### **2.3 Vztahy v období adolescence**

Spolu se zráním a utvářením osobnosti dochází také ke změnám v hodnotové orientaci, což s sebou může přinášet také nejistotu ve vztahu k okolí a k vystupování. Vágnerová (2012) uvádí, že adolescenti mají potřebu se vůči okolí nějak vymezit, což je nejjednodušší ve vztahu k někomu či něčemu jinému. Adolescenti odmítají původní vzory a hledají si jiné, vlastní, pro ně atraktivní. Havighurst (in Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 149) uvádí, že *„mezi hlavní vývojové úkoly v období dospívání patří zejména uvolnění z přílišné závislosti na rodičích a na druhé straně navazování diferenciovanějších a významnějších vztahů k vrstevníkům obojího pohlaví.“*

Výše popsané hledání hranic také souvisí s uvědomováním vlastní konečnosti, ke kterému v průběhu adolescence dochází. V období dospívání narůstá zájem o otázky týkající se smrti a smrtelnosti člověka. Také je čtenější výskyt strachů spojených s touto tematikou. Smrt jakožto symbol konečného odloučení je pro dospívající důležité

téma. Copingové strategie, které adolescentům pomáhají vyrovnat se s tématem smrti, mohou být například odstup, zlehčení humorem, cynismus, provokace či riskantní hry (Michalčáková, 2007, s. 45 – 46).

### **3 Výzkumná část**

V teoretické části práce jsem se pokusila charakterizovat záměrné sebepoškozování jako sociálně patologický jev, který je mezi dnešní mladou generací poměrně dost rozšířen. Z údajů, uvedených v různých studiích vyplývá, že se sebepoškozování osobně či zprostředkovaně dotýká značného procenta populace. Vzhledem k jeho rozšíření a skutečnosti, že stále ještě vládne nejednotnost v klasifikaci, diagnostice a postupech při práci s klienty, kteří se sebepoškozují, je třeba se tímto tématem nadále intenzivně zabývat.

#### **3.1 Cíle výzkumného šetření**

Z výše uvedeného důvodu jsem se rozhodla zacílit své výzkumné šetření na osoby, kterých se tento jev nejvíce dotýká. V praktické části mé práce se věnuji zkoumání stavu informovanosti adolescentů o záměrném sebepoškozování a také četnosti osobního setkání s ním. Cílovou skupinou jsou žáci a studenti základních a středních škol.

Druhou cílovou skupinu tvoří pedagogové, kteří na daných školách působí. Zkoumala jsem jejich informovanost o záměrném sebepoškozování, a odkud informace čerpají. Dále jejich názory a postoje k sebepoškozování žáků, to jestli se s tímto jevem osobně setkali a jak tuto skutečnost řešili.

Nekladla jsem si za cíl kompletně zmapovat výskyt záměrného sebepoškozování žáků. Šlo mi především o zmapování současného stavu, protože zjištěné výsledky budu komparovat s průzkumem realizovaným před šesti lety. Do problematiky mi bylo umožněno hlouběji nahlédnout při zpracování mé bakalářské práce, kdy praktickou část tvořila mimo jiné kvalitativní analýza rozhovorů s jedinci, kteří se sebepoškozují. Protože školu chápu jako instituci, jejímž jediným úkolem není pouze vzdělávání, zacílila jsem své bádání právě i mezi pedagogy. Ráda bych zjistila, zda jsou o tomto jevu dostatečně informováni, aby při setkání s ním mohli adekvátně reagovat. Dále také to, jak často k setkání pedagoga se sebepoškozováním ve škole dochází a jakým způsobem je to následně řešeno.

## 3.2 Hypotézy

Cíle výzkumného šetření jsem přiblížila v předcházející kapitole. Výzkumná otázka tedy zní - *Zlepšila se celková informovanost o fenoménu záměrného sebepoškozování mezi žáky, studenty a pedagogy?*

Pro dosažení tohoto cíle si stanovuji následující hypotézy, které se opírají o dosavadní zjištění z různých statistických průzkumů a výstupy diplomové práce Vacka (2009).

**H1: Schopnost žáků definovat termín záměrné sebepoškozování je vyšší, než v předešlém průzkumu.**

V předešlém průzkumu tuto schopnost prokázalo 73 % respondentů. Domnívám se, že s odstupem času toto zastoupení bude vyšší. Soudím tak ze skutečnosti, že od roku 2009 se toto téma vyskytovalo často v médiích.

**H2: Schopnost definovat záměrné sebepoškozování se statisticky liší u dívek a chlapců, ve prospěch dívek.**

V předešlém průzkumu Vacek (2009) uvádí, že neshledal statistický rozdíl ve schopnosti definovat termín záměrné sebepoškozování mezi dívkami a chlapci. Vzhledem k tomu, že je záměrné sebepoškozování rozšířeno více mezi dívkami než chlapci, domnívám se, že dívky budou ve schopnosti termín definovat úspěšnější. Další důvodem je, že dívky jsou obecně sociálně zdatnější než chlapci.

**H3: Četnost osobního setkání se záměrným sebepoškozováním se liší dle typu školy.**

Vycházím ze skutečnosti, že tyto rozdílnosti se projeví už v průzkumu Vacka (2009). Osobní setkání u studentů SŠ bylo četnější než u žáků ZŠ.

**H4: Dívky se sebepoškozují častěji než chlapci.**

Tato hypotéza bude potvrzena, pokud u pohlaví, které respondenti vyplní ve čtvrté položce dotazníku, uvedou dívku. Vycházím také ze statistických šetření, které uvádějí vyšší procento sebepoškozujících se děvčat, než chlapců.

**H5: Pedagogů, kteří se cítí být dostatečně informováni o záměrném sebepoškozování, je méně než 50 %.**

Vycházím ze zjištění předešlého průzkumu, kdy se pouze 21 % pedagogů cítilo být dostatečně informovaných. Myslím si, že informovanost je stále nedostatečná.

**H6: Informovanost pedagogů o záměrném sebepoškozování se liší dle typu školy.**

Taktéž vycházím ze zjištění předešlého průzkumu, kdy informovanost pedagogů na ZŠ byla 21 % a na SŠ pouze 13%. Myslím si, že jednotlivá procenta zastoupení budou vyšší, nicméně trend se nezmění.

**H7: Četnost osobního setkání pedagogů se záměrným sebepoškozováním je vyšší, než v předešlém průzkumu.**

V předešlém průzkumu potvrdilo osobní setkání 24 % pedagogů. Vzhledem k rozšířenosti zkoumaného jevu předpokládám, že četnost bude nyní vyšší.

**H8: Pedagogové nejsou schopni odhalit záměrné sebepoškozování ve více než 50 % případů.**

Ukazatelem naplnění v případě této hypotézy bude procentuelní zastoupení způsobu odhalení záměrného sebepoškozování. Zároveň také poměr mezi osobním setkáním se záměrným sebepoškozováním mezi studenty a žáky v kontrastu s pedagogy.

**H9: Uvedené důvody, které vedou k záměrnému sebepoškozování, se ve svém zastoupení procentuelně odlišují v porovnání žáků a studentů spolu s pedagogy.**

Domnívám se, že důvody, které vedou k záměrnému sebepoškozování jedinců, budou vnímány žáky a studenty v porovnání s pedagogy odlišně. Rozdíly se projeví v pořadí zastoupení jednotlivých kategorií (škola, rodina, přátelé atd.).

### **3.2 Použité metody**

Pro zmapování znalostí, názorů a postojů žáků základních a středních škol a pedagogů byla použita metoda dotazníku. Z důvodu komparace dat již provedeného výzkumného šetření byly dotazníky (Příloha č. 2, 3) přežaty z diplomové práce (Vacek, 2009). Tyto dotazníky jsou koncipovány krátce a jednoduše, aby respondenty neodradila délka či obtížnost. Jsou sestaveny tak, aby zjistily informace o tom, co si respondenti představují pod pojmem záměrné sebepoškozování, odkud mají tyto informace, v čem vidí příčiny tohoto jevu a zda mají

osobní zkušenost s někým, kdo se sebepoškozuje. Dotazníky se skládají z uzavřených (dichotomických ANO/NE) otázek a otázek otevřených, které zjišťují hlavní problematiku. Podle Gavory (2000) umožňují otevřené otázky lepší deskripci zkoumaného jevu, ale obtížněji se kvantifikují a zobecňují. Nicméně jejich obsahová analýza ukázala, že setkání se záměrným sebepoškozováním mezi adolescenty má vysoký stupeň výskytu. A že informovanost mezi adolescenty ani pedagogy není dostatečná.

### **3.4 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Výzkumný soubor žáků zahrnoval celkem 661 respondentů (406 dívek, 255 chlapců). Z toho 98 žáků základní školy (43 dívek, 55 chlapců), 412 žáků gymnázia (231 dívek, 181 chlapců) a 151 studentů střední školy (132 dívek, 19 chlapců). Podrobněji 70 žáků 6. tříd a prim víceletého gymnázia (35 dívek, 35 chlapců), 74 žáků 7. tříd a sekund víceletého gymnázia (35 dívek, 39 chlapců), 69 žáků 8. tříd a tercií víceletého gymnázia (38 dívek, 31 chlapců), 76 žáků 9. tříd a kvart víceletého gymnázia (37 dívek, 39 chlapců), 129 studentů prvních ročníků střední školy a kvint víceletého gymnázia (80 dívek, 49 chlapců), 94 studentů druhých ročníků střední školy a sext víceletého gymnázia (65 dívek, 29 chlapců), 73 studentů třetích ročníků střední školy a septim víceletého gymnázia (54 dívek, 19 chlapců) a 76 studentů čtvrtých ročníků střední školy a oktáv víceletého gymnázia (62 dívek, 14 chlapců). Vzorek žáků pochází ze škol středočeského kraje, konkrétně se jedná o školy ZŠ Jana Amose Komenského Lysá nad Labem, Gymnázium Bohumila Hrabala Nymburk a SZŠ a VOŠ Nymburk. Obecně mezi žáky a studenty nebyly výrazné rozdíly v ochotě odpovídat. Celkově jsem do škol distribuovala 901 dotazníků, z nichž se mi vrátilo vyplněných 661. Návratnost dotazníků tedy je 73 %.

**Tabulka č. 4 – Přehled respondentů (žáci) dle typu školy a pohlaví**

	Gymnázium	ZŠ	SŠ	celkem
Dívky	231	43	132	406
Chlapci	181	55	19	255
Celkem	412	98	151	661

Pro zpracování přehledu odpovědí na jednotlivé položky v dotazníku bylo použito třídění dle typu studované školy, ale i dle studovaného ročníku respondentů (pro přehled věku), obě třídění jsou vždy vztaženy ještě k pohlaví respondentů. Z toho důvodu byly vždy sloučeny 6. – 9. třídy s odpovídajícími ročníky víceletého gymnázia (uvedeno jako třída ZŠ) a ročníky střední školy s odpovídajícími ročníky víceletého gymnázia (uvedeno jako ročník).

**Tabulka č. 5 – Přehled respondentů (žáci) dle třídy/ročníku a pohlaví**

	6. tř.	7. tř.	8. tř.	9. tř.	1. roč.	2. roč.	3. roč.	4. roč.	celkem
Dívky	35	35	38	37	80	65	54	62	406
Chlapci	35	39	31	39	49	29	19	14	255
celkem	70	74	69	76	129	94	73	76	661

Dále výzkumný soubor zahrnoval 51 pedagogů (46 žen, 6 mužů). 18 pedagogů gymnázia (15 žen, 3 muži), 17 pedagogů střední zdravotnické školy (14 žen, 3 muži) a 16 pedagogů základní školy (16 žen). Z důvodu malého rozdílu v četnosti zastoupení jednotlivých pohlaví nebude tato skutečnost ve výsledcích zohledňována. Návratnost dotazníků v tomto případě nebyla tak vysoká, jako v případě žáků a studentů. Z distribuovaných 113 dotazníků se mi jich vyplněných navrátilo pouze 51, což je 49,5 %. Tato návratnost je podle mne způsobena buď neochotou pedagogů odpovídat na otázky v souvislosti s tímto tématem, či neochota vyplňovat dotazníky celkově. V dotazníku byla položka, která zjišťovala délku praxe dotazovaných. Tuto položku vyplnilo pouze 31 pedagogů, vzhledem k nízkému počtu informací o praxi pedagogů nebude tato skutečnost ve výstupech dále zohledněna.

**Tabulka č. 6** – Přehled respondentů (pedagogové)

	Gymnázium	ZŠ	SŠ	Celkem
Žena	15	16	14	45
Muž	3	0	3	6
Celkem	18	16	17	51

### 3.5 Výsledky a jejich interpretace

#### 3.5.1 Dotazník pro žáky

První otázkou jsem chtěla zjistit, zda jsou žáci a studenti vysvětlit pojem záměrné sebepoškození. U této položky byly na výběr odpovědi ANO – NE. Pokud respondent odpověděl ano, měl se pokusit o charakteristiku tohoto termínu. Z uvedených odpovědí jsem poté vyfiltrovala ty, které uváděli jako záměrné sebepoškození užívání drog (včetně alkoholu a tabáku) či poruchy příjmu potravy (PPP). Pokud odpovědi obsahovaly zmíněné užívání návykových látek nebo PPP, ale bylo v nich uvedeno i záměrné sebepoškození (myšleno řezání, pálení atd.) ponechala sem ji jako správnou.

**Tabulka č. 7** - Schopnost definovat pojem záměrné sebepoškození – žáci a studenti

n = 661	Dívky		Chlapci		Celkem	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	319	48	139	21	458	69
Ne	87	13	116	18	203	31

**Graf č. 3** - Schopnost definovat záměrné sebepoškození – dívky + chlapci





Z uvedeného přehledu vyplývá, že 69 % žáků a studentů je schopno definovat správně termín záměrné sebepoškozování. Procentuelní zastoupení se oproti předešlému průzkumu nepatrně snížilo. Termín bylo schopno definovat 73 % jedinců. Tato odchylka může být způsobena rozdílnou informovaností mezi respondenty, nebo rozdílem v pojetí a interpretaci mých výsledků a výsledků původního autora.

Vacek (2009) uvádí, že není patrný rozdíl mezi dívkami a chlapci. Z mého průzkumu vyplynulo, že rozdíly ve schopnosti definovat termín jsou. Respondenty jsem rozdělila dle pohlaví, dalším zvoleným kritériem byl věk respondentů. Všeobecně byly dívky ve schopnosti definovat tento pojem úspěšnější než chlapci. V rámci 6. – 9. třídy byla správnost definice obecně nižší než v rámci 1. – 4. ročníku SŠ.

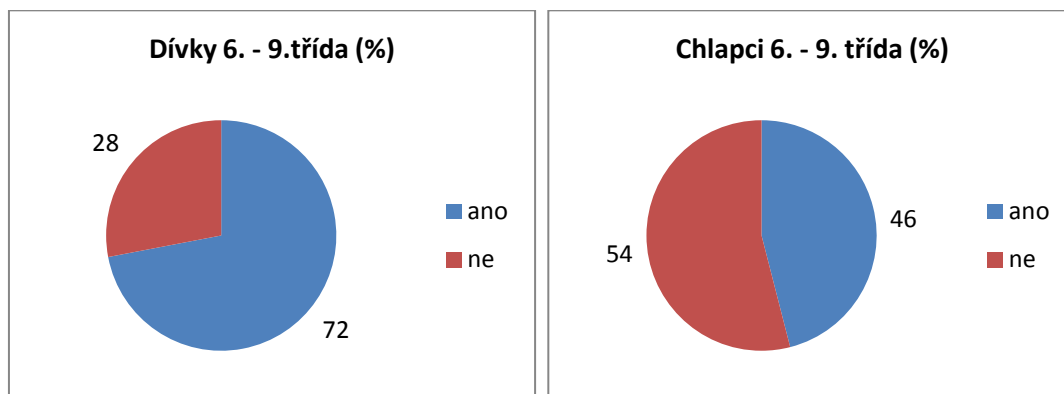
Níže uvádím tabulku s přehledem absolutních a relativních četností odpovědí v rámci celého zkoumaného souboru. Z tabulky vyplývá, že v rámci celého zkoumaného souboru je schopno definovat termín záměrné sebepoškozování 49 % dívek a 21 % chlapců. Z poměrů absolutních četností úspěšnosti je také patrné, že dívky jsou několikanásobně úspěšnější. Chlapci byli schopni definovat termín ve 139 případech a v 116 případech ne. Kdžto děvčata dominují ve 319 ANO oproti 87 NE.

**Tabulka č. 8** - Schopnost definovat záměrné sebepoškozování – dívky/chlapci (6. – 9. tř.) (1. – 4. roč.)

N = 661	Dívky					
	6. - 9. třída		1. - 4. ročník		Celkem	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	104	16	215	33	319	49
Ne	41	6	46	7	87	13
	Chlapci					
	6. - 9. třída		1. - 4. ročník		Celkem	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	66	10	73	11	139	21
Ne	78	12	38	6	116	18

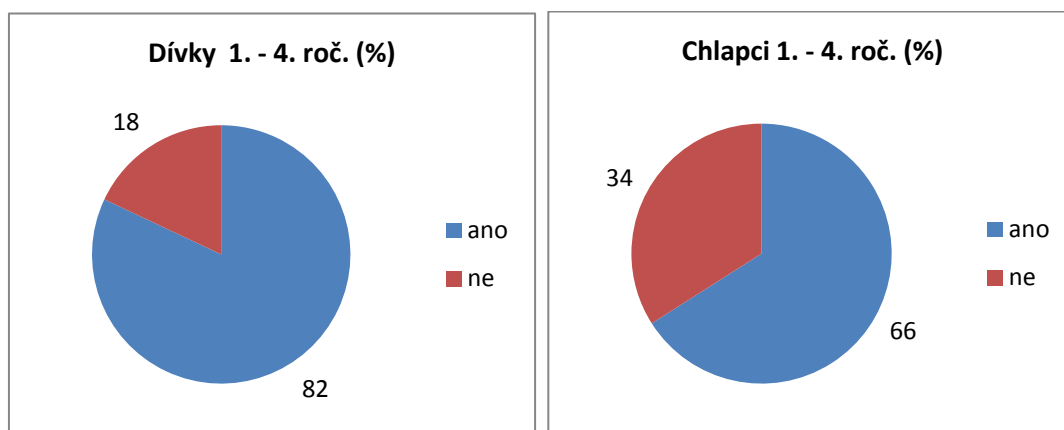
Následující grafy znázorňují úspěšnost v rámci rozdělení dle výše uvedených kritérií na čtyři soubory. Prvním souborem jsou dívky a chlapci z šestých až devátých tříd a tomu odpovídajících tříd víceletého gymnázia. Dívky byly schopny definovat termín v 72 %, kdežto chlapci v pouhých 46 %.

**Graf č. 4** - Schopnost definovat záměrné sebepoškozování – dívky/chlapci (6. – 9. tř.)



Studenti prvních až čtvrtých ročníků byli v definici o něco úspěšnější, než žáci. Dívky dokázaly termín definovat v 82 % případů a chlapci v 66 %.

**Graf č. 5** - Schopnost definovat záměrné sebepoškozování – dívky/chlapci (1. – 4. roč.)

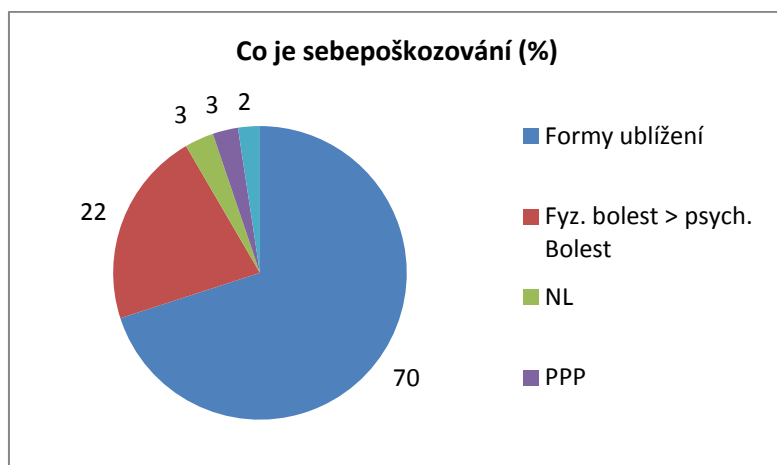


Výše uvedené odlišnosti podle mého názoru odpovídají psychické a sociální vyspělosti respondentů, proto jsou obecně dívky úspěšnější ve schopnosti definovat pojem. Rozdíly také pramení zřejmě ze skutečnosti, že dívky jsou obecně verbálně zdatnější než chlapci. Taktéž odlišnost při rozdělení respondentů dle věku není překvapující. Rozdílnost ale může také pramenit ze skutečnosti, že dívky se sebepoškozují častěji než chlapci. V důsledku toho s jevem přicházejí dívky i častěji do styku, tudíž jsou schopny ho i lépe charakterizovat.

Dále jsem se zaměřila na to, pokud jsou respondenti schopni záměrné sebepoškozování správně definovat, co pro ně tento pojem představuje. Uvedené odpovědi jsem rozdělila do následujících kategorií. První a nejčetnější položku (70 %) tvoří různé formy ublížení (řežání, pálení, trhání vlasů, opařování, škrábání do krve). Respondenti tuto odpověď uváděli v některých případech také s dovětkem, že to člověk páchá sobě samému zcela dobrovolně. Následovala kategorie (22 %), ve které se objevovaly charakteristiky skutečnosti, že se tím snaží jedinec přebít psychickou bolest. Jako příklad uvádím definici dívky ze sedmé třídy „Člověk, který má hodně problémů, si záměrně působí bolest, pomáhá mu to. Může se třeba řezat žiletkou nebo si uměle vytvářet popáleniny“ a chlapce z prvního ročníku „Pokud se člověk dostane do situace, ze které nevidí cestu ven, cítí se zoufale a beznadějně. Sebepoškozování ze začátku přináší úlevu, ve chvíli úplné temnoty. Postupně si člověk uvědomí, že mu to nikdy nepomohlo, právě naopak“. Ve třech procentech respondenti uváděli shodně i užívání návykových látek či problematiku spektra poruch příjmu potravy. Tyto odpovědi byly započítávány, protože respondenti uvedli, že to také považují za záměrné sebepoškozování. Ve dvou procentech bylo sebepoškozování spojováno s psychickým onemocněním.

Rozložení v jednotlivých kategoriích se mírně odlišuje od předešlého průzkumu. Ubližování uvádělo 63 % respondentů, úlevu od problémů 10 %. Tyto položky jsou nyní zastoupeny ve větší míře, což můžeme považovat za posun v informovanosti o problematice. Spojitost s psychickými problémy byla zastoupena 9 % a užívání návykových látek v 5 %. Tyto položky jsou zastoupeny naopak v menší míře, což chápu také jako pozitivní znak informovanosti. Dále bylo 13 % odpovědí zařazeno do položky jiné, kde se jednalo o spojitost se šikanou, subkulturami, trestáním se za něco či upozorňování na sebe. Tyto odpovědi se v otázce č.1 nevyskytovaly, nicméně jsou popsány v otázce č.4.

**Graf č. 6** – Definice pojmu záměrné sebepoškozování



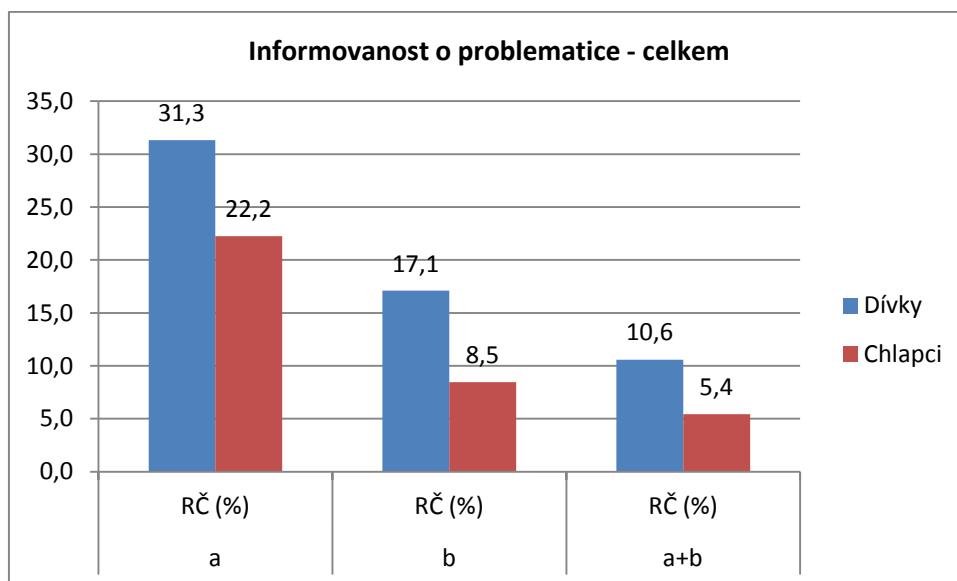
Co se týče rozdílu v definicích mezi chlapci a děvčaty, neshledala jsem viditelné rozdíly. Pokud bych měla zohlednit věk respondentů, představy o sebepoškozování se také nikterak výrazně nelišily. Rozdíly byly znatelné v jazykové úrovni respondentů, nicméně to neubralo na výsledku. V souboru jsou započteny pouze odpovědi s výpovědní hodnotou, pokud vyplněno nebylo, či respondent uvedl např. jen PPP, nebyla odpověď do výsledného souboru zahrnuta.

Třetí položku tvořila uzavřená otázka, odkud se respondenti o záměrném sebepoškozování dozvěděli. Na výběr byla odpověď *Zprostředkovaně (médiá – internet, televize, noviny...)* nebo *Ze svého okolí (příbuzní, kamarádi)*. Někteří respondenti volili buď jednu či druhou odpověď. Někteří zvolili obě odpovědi, nebo nevyplnili položku vůbec a ve dvou případech dopsali vlastní odpověď.

**Tabulka č. 9** – Informovanost o problematice – celkem

	a		b		a+b	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Dívky	207	31,3	113	17,1	70	10,6
Chlapci	147	22,2	56	8,5	36	5,4

**Graf č. 7** – Informovanost o problematice – celkem



V celkovém součtu respondenti mají informace převážně zprostředkovaně (53,5 %). Tato skutečnost se od předešlého průzkumu neliší (53 %). V předešlém průzkumu byla varianta *b* zastoupena v 47 %, tuto možnost nyní uvádí 25,6 % respondentů. Tato odlišnost je zřejmě způsobena skutečností, že jsem v procentuelním zastoupení zohlednila i jiné možnosti (varianta *a + b*, nevyplněno, jiné). To, že informace získali respondenti převážně zprostředkovaně, shledávám jako pozitivní. Tuto skutečnost lze interpretovat tak, že se záměrným sebepoškozováním nepřichází do styku tak často. Případně pokud dochází ke kontaktu s tímto jevem, lze předpokládat, že o něm mají jedinci informace již z médií. V sedmdesáti případech (16 %) respondenti zakroužkovali obě varianty, tudíž mají informace z obou zdrojů. Toto lze také interpretovat tak, že jedinci mají informace z médií a uplatní je poté při osobním setkání. Případně naopak, po osobním setkání mají potřebu si informace o tomto jevu dohledat. Ve třiceti případech respondenti nevybrali ani jednu z uvedených variant. Dvakrát se mi v dotaznících vyskytla dopsaná možnost *ze školy*. Na tuto možnost jsem byla upozorněna i jednou školní metodičkou prevence při konzultaci zadávání dotazníků.

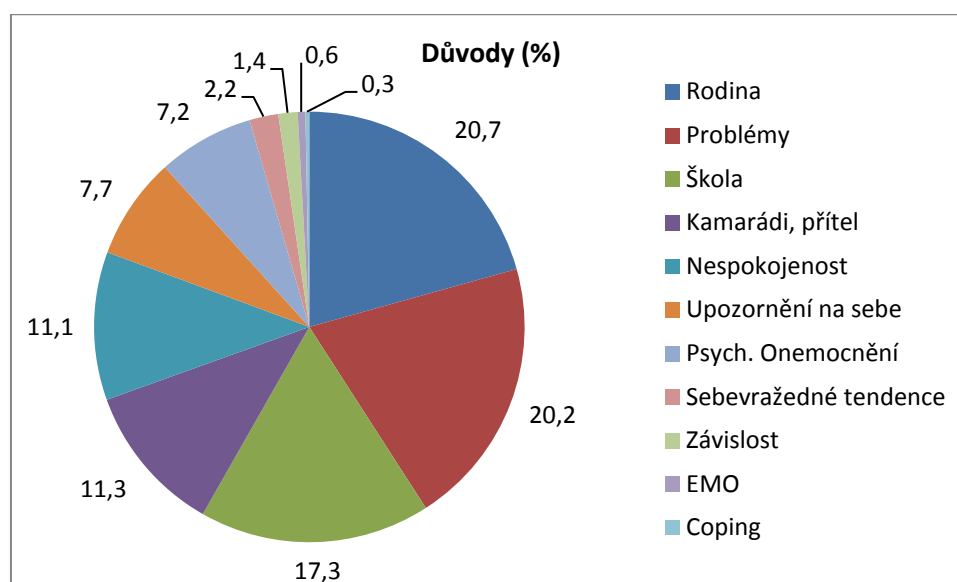
**Tabulka č. 10** – Informovanost o problematice – jednotlivé školy

	a		b		a+b	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
	G					
Dívky	119	28,9	55	13,3	46	11,2
Chlapci	101	24,5	39	9,5	28	6,8
	ZŠ					
Dívky	21	21,4	18	18,4	3	3,1
Chlapci	35	35,7	12	12,2	5	5,1
	SŠ					
Dívky	67	44,4	40	26,5	21	13,9
Chlapci	11	7,3	5	3,3	3	2,0

Výše uvádím tabulku s přehledem četností rozložení volby jednotlivých odpovědí s ohledem na typ školy. Pořadí volby možností se v zásadě neliší, rozdílný je pouze poměr v zastoupení. Na gymnáziu (G) 24 respondentů (5,8 %) nezaškrtno žádnou možnost. Na základní škole (ZŠ) nevedli odpověď pouze tři respondenti (2 %) a jeden uvedl jako možnost zdroje informací školu. Taktéž tomu bylo i na SŠ.

Třetí položka dotazníku byla zaměřena na zjištění, co si respondenti myslí, že vede jedince k záměrnému sebepoškozování.

**Graf č. 8** – Důvody k záměrnému sebepoškozování



Odpovědi jsem opět rozdělila do několika kategorií. První položku tvoří rodina, která je zastoupena 20,7 %. Pod tuto kategorii jsem zahrнула obecně rodinné problémy,

ale například i úmrtí v rodině či týrání. Tato položka se v předešlém průzkumu vyskytovala téměř shodně (18 %), ale byla až na druhém místě. První položka byla nazvána „tíživá situace“ (21 %), kterou bych klasifikovala podobně jako mou položku nazvanou „problémy“ (20,3 %). Zde je započítáno, pokud napsali respondenti pouze problémy, ale objevila se zde i škála různých pocitů, emocí a stavů (smutek, stres, trauma, vztek, neštěstí, krize, dluhy). Zastoupení se tedy jen nepatrně změnilo v poměru a prohodilo se tak pořadí. Další v pořadí je zastoupena škola (17,3 %). Zde jsou započítány obecně problémy, které se týkají školního prostředí (známky, šikana). Shodně je na třetím pořadí škola zastoupena s 9 % i v předešlém průzkumu, nicméně šikana (5 %) autor vyčlenil zvlášť. Součet obou položek by tedy tvořil 14 %, tudíž v mém průzkumu je škola zastoupena četněji. 11,3 % respondentů uvedlo jako důvod k sebepoškozování kamarády (zrada, nepřijetí skupinou) či přítele/přítelkyni (nešťastná láska). Tato položka je v předešlém průzkumu zastoupena v 9 %. Téměř stejně početně (11,1 %) byla zastoupena kategorie nespokojenost (se sebou samým, se svým tělem, neúspěch, nízké sebevědomí, tlak okolí). Ta byla v předešlém průzkumu zastoupena pouze pěti procenty, takže se výskyt a vnímání trochu odlišuje. V 7,7 % respondenti uvedli, že ten kdo se sebepoškozuje, se na sebe snaží nějakým způsobem upozornit. Uváděli to ve spojitosti s problémy, že dotyčný neví jak jinak „volat o pomoc“, nebo si chce říct o pozornost a být „cool“ (bylo uvedeno přibližně ve 2 %). Tato položka se s předešlým průzkumem v četnosti shoduje (7 %). Dále byla zastoupena souvislost s psychickým onemocněním (11,1 %; předešlý průzkum 5 %). Početnost odpovědí je způsobena tím, že do této položky jsem započítala i termín „deprese“, který respondenti často užívali. Následují ještě kategorie sebevražedné tendence jedince, závislost (myšleno na sebepoškozování), souvislost se subkulturou EMO (předešlý průzkum 6 %) a rada od někoho, užít sebepoškozování jako copingovou strategii (dívka, 15: „Někdo mu třeba poradí, že mu to pomůže, když se řízne.“).

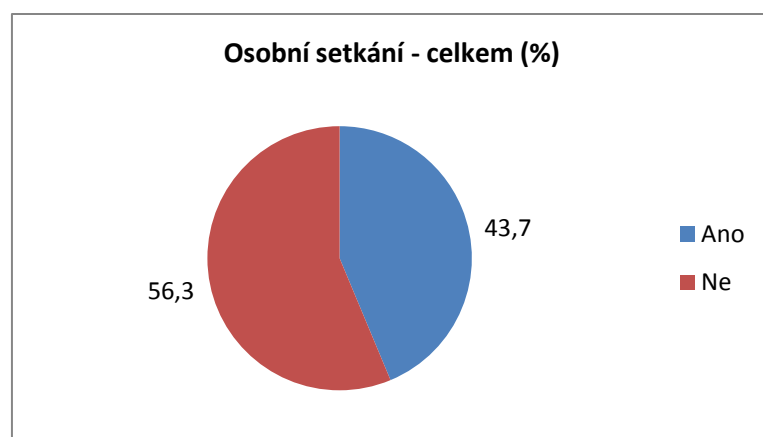
Zajímavé je srovnání s výsledky studie, kterou provedl Tan a kolegové (2012). Autoři uvádějí, že převažovaly důvody stimulace příjemných pocitů (86,7 %) a redukce špatných pocitů (73,3 %). Důvody získání pozornosti uvedlo méně než 50 % sebepoškozujících.

Poslední položka dotazníku byla zaměřena na to, zda se respondent osobně setkal se záměrným sebepoškozováním. Pokud respondent zvolil odpověď ANO, měl dále vyplnit ještě pohlaví a věk osoby, která se sebepoškozovala a způsob, jakým se sebepoškozovala. Nejdříve uvádím grafy, v kolika procentech se respondenti s tímto jevem setkali celkově. V tabulce č. 11 jsou uvedeny četnosti setkání dle pohlaví. Následuje graf č. 9 s popisem absolutního počtu setkání se sebepoškozováním děvčat a chlapců dohromady. Ze získaných dat vyplývá, že se četnost setkání nezměnila. Vacek ve svém průzkumu uvádí 43 %, z mého průzkumu vyplývá 43,7 %. Ve srovnání s výsledkem, který ve svém průzkumu uvádí Burešová a Hrubá (2011), kdy mělo zprostředkovanou zkušenost se záměrným sebepoškozováním 62 % respondentů, je četnost znatelně nižší.

**Tabulka č. 11** – Osobní setkání se záměrným sebepoškozováním – celkem

	Ano		Ne	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Dívky	207	31,3	199	30,1
Chlapci	82	12,4	173	26,2
Celkem	289	43,7	372	56,3

**Graf č. 9** - Osobní setkání se záměrným sebepoškozováním – celkem



Dále uvádím tabulku s podrobným přehledem zastoupení osobního setkání dle pohlaví a typu školy v rámci celého zkoumaného souboru.

**Tabulka č. 12** – Osobní setkání se záměrným sebepoškozováním dle typu školy

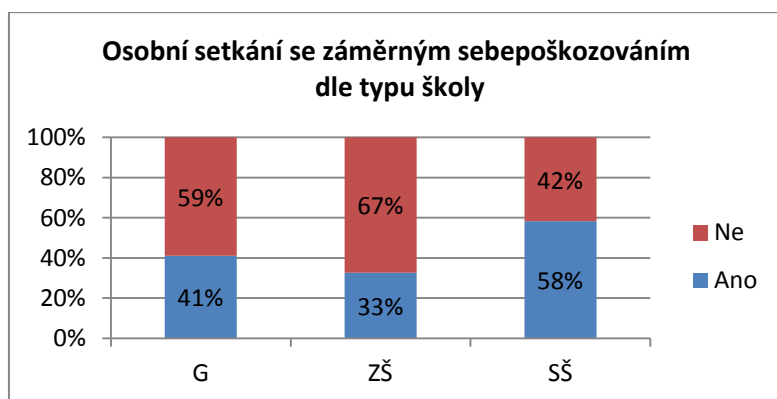
	Ano		Ne	
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
G				



Dívky	107	16,2	124	18,8
Chlapci	62	9,4	119	18,0
ZŠ				
Dívky	20	3,0	23	3,5
Chlapci	12	1,8	43	6,5
SŠ				
Dívky	80	12,1	52	7,9
Chlapci	8	1,2	11	1,7

Pro přehlednost následuje graf č. 10, který zobrazuje poměry osobního setkání (děvčata a chlapci dohromady) v rámci dané konkrétní školy. Osobní setkání u studentů SŠ (58 %) je podstatně četnější, než jak vyplynulo z předešlého průzkumu (35 %). Následuje osobní setkání u žáků ZŠ (33 %), které je naopak podstatně méně časté, než vyplývá z předešlého průzkumu (47%). Žáci gymnázia uvádí zkušenosti ve 41 %. Pro tuto kategorii nemám porovnání, protože autor předešlého výzkumu respondenty kategorizoval na žáky a studenty. Nicméně respondenti z této kategorie svou skladbou a výsledky odpovídají průměru (žáci druhého stupně ZŠ + studenti SŠ; procentuelní zastoupení osobního setkání mezi oběma zjištěnými hodnotami).

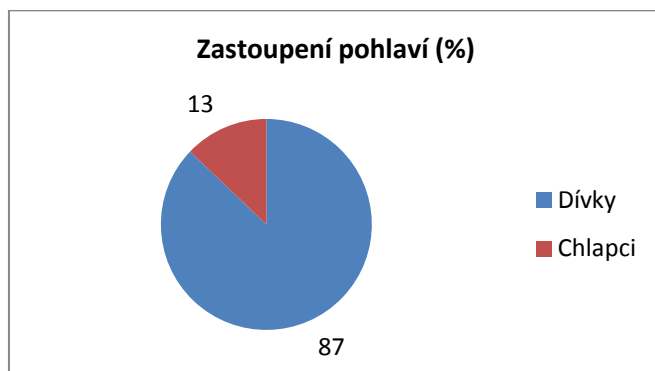
**Graf č. 10** - Osobní setkání se záměrným sebepoškozováním dle typu školy



Následující grafy popisují podrobněji výskyt záměrného sebepoškozování, s nímž přišli respondenti do kontaktu. Jedná se o klasifikaci dle pohlaví, věku a způsobu sebepoškozování. Jednotlivé kategorie jsem nevztahovala do souvislostí mezi sebou, protože z odpovědí mnohdy nebylo patrné, které pohlaví je vázáno ke kterému uvedenému věku a způsobu sebepoškozování. Grafy také nepopisují statistický výskyt v populaci, protože z dotazníků nelze vyčíst, zda se jedná o tutěž osobu, či o někoho

jiného. Tuto skutečnost si lze pouze domýšlet, pokud například v rámci jednoho ročníku více respondentů shodně uvede „dívka, 13, řezání žiletkou“ nebo „chlapec, 15, pálení zapalovačem“. Tudíž je ve výsledcích zaznamenána četnost odpovědí jednotlivých respondentů.

**Graf č. 11** – Záměrné sebepoškozování – zastoupení pohlaví



V dotaznících se celkem v 311 případech vyskytla odpověď, že se respondent setkal s osobou, která se sebepoškozuje, a zároveň uvedl i pohlaví. V 271 (87 %) případech se jednalo o dívku/dívky a ve 40 (13 %) o chlapce. Pokud bylo v odpovědi uvedeno dívka/dívky i chlapec/chlapci, byla tato odpověď započítána do každé kategorie zvlášť. Tyto výpovědi korelují se statistickým zastoupením jednotlivých pohlaví ve výskytu záměrného sebepoškozování v běžné populaci. Burešová a Hrubá (2011) uvádí ve své studii na vzorku adolescentů ve věku 12 – 16 let poměr dívek a chlapců 3:2

**Tabulka č. 13** - Záměrné sebepoškozování – věkové zastoupení

Věk	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
AČ (n)	1	1	4	19	50	87	84	37	14	4	2	1
RČ (%)	0,3	0,3	1,3	6,3	16,4	28,6	27,6	12,2	4,6	1,3	0,7	0,3

**Graf č. 12** – Záměrné sebepoškozování – věkové zastoupení



Jako další jsem zkoumala statistické zastoupení věku výskytu záměrného sebepoškození. Dle informací uvedených respondenty tvoří četnost výskytu v populaci adolescentů Gaussovu křivku s vrcholem ve 14 letech. Zde je relativní četnost výskytu 28,6 %, následována věkem 15 let s relativní četností o pouhé procento nižší (27,6 %). Jak jsem uvedla již v teoretické části, statisticky se první setkání se sebepoškozením vyskytuje nejčastěji kolem 12 – 14 let.

**Graf č. 13** – Způsob sebepoškození



Dále jsem vyhodnotila způsoby sebepoškození, které respondenti uvedli. Nejčastěji (84 %) bylo zmíněno řezání žiletkou (převážně) či nožem. Někdy uvedli respondenti i část těla (zápěstí/ruce, nohy, ve dvou případech břicho, v jednom krk). V předešlém průzkumu byla možnost řezání zastoupená 76 %. V 7 % (předešlé 8 %) uváděli jako způsob pálení zapalovačem, ten byl uváděn ve spojitosti se zápěstím. Další možnosti jsem shrnula pod položku jiné (9 %), protože se vyskytovaly v menší míře. Jednalo se o škrábání do krve, vytrhávání vlasů, působení si zlomenin či údery hlavou o

zed'. Ve dvou případech byla zmíněna otrava léky. Zarážející pro mě byl způsob působení si krvavých ran gumičkami, které jsou nyní mezi adolescenty módní záležitostí. Několikrát se vyskytly i způsoby, které souvisí s požíváním návykových látek (alkohol, kouření) či s poruchami příjmu potravy (odmítání potravy, polykání tamponu). Jak bylo zmíněno již výše, tyto odpovědi jsem započítala pouze v případě, že u nich byly uvedeny i jiné způsoby sebepoškozování.

Dle Burešové a Hrubé (2011) jsou nejčastějšími způsoby sebepoškozování u nás škrábání do krve (53 %), bití se (48 %) a pořezávání zápěstí (45 %).

### 3.5.2 Dotazník pro pedagogy

První otázkou jsem chtěla zjistit informovanost o problematice záměrného sebepoškozování ze subjektivního hlediska respondentů. *Domníváte se, že jste dostatečně informován/a o problematice záměrného sebepoškozování?*

**Graf č. 14** - Informovanost pedagogů o záměrném sebepoškozování



Převážná většina dotázaných (70,6 %) odpověděla, že si nemyslí, že jsou o problematice záměrného sebepoškozování dostatečně informováni. Pouze 29,4 % si myslí, že dostatečné informace mají. Oproti předešlému výzkumu se informovanost pedagogů nepatrně zlepšila. Za dostatečně informované se považovalo 21,2 % pedagogů.

**Tabulka č. 14** – Informovanost pedagogů o záměrném sebepoškozování – jednotlivé školy

N = 51	Gymnázium	ZŠ	SŠ

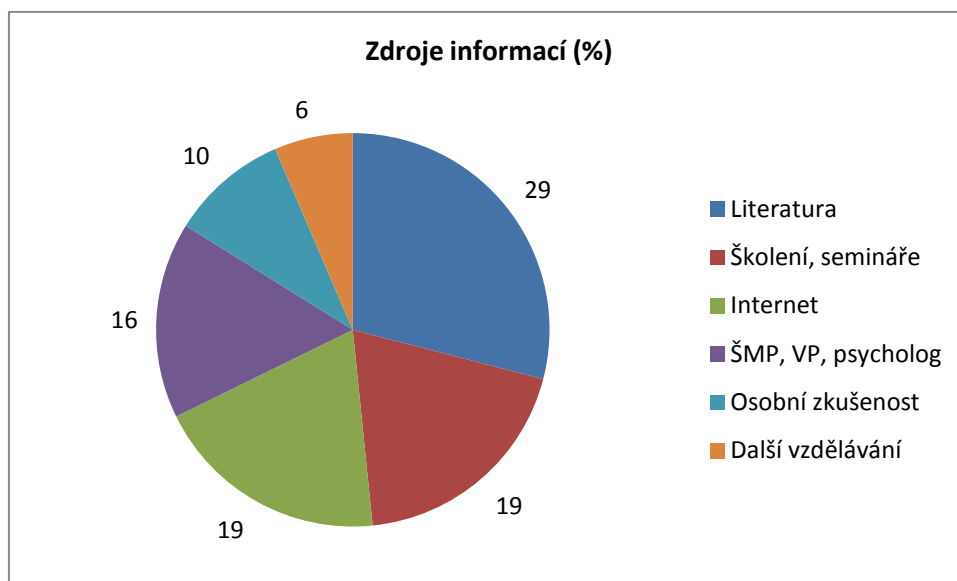
	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)	AČ (n)	RČ (%)
Ano	4	22,2	9	56,3	2	11,8
Ne	14	77,8	7	43,8	15	88,2

Rozdíly v informovanosti mezi pedagogy jednotlivých škol jsou značné. Za informované se považuje 56,3 % učitelů ZŠ, 22,2 % učitelů gymnázia a jen 11,8 % učitelů SŠ. Tyto rozdíly pramení zřejmě z nastavení jednotlivých škol. Jak v konkrétní škole funguje post školního metodika prevence, výchovného poradce, školního psychologa a jakým způsobem a směrem je zajišťováno další vzdělávání pedagogů. Jako vysvětlení se také nabízí, že na základní škole přicházejí pedagogové s žáky častěji do vzájemné osobní interakce. Základní školy jsou osobnější také z důvodu počtu žáků v jednotlivých třídách, kterých je na základních školách oproti gymnáziím nebo středním školám méně. Důležitou roli hraje podle mne v tomto ohledu také výskyt záměrného sebepoškozování na škole, či osobní zájem o tuto problematiku.

V předešlém průzkumu byl vzorek rozdělen do dvou skupin. Pedagogové ZŠ uvedli dostatečnou informovanost ve 26 %. Učitelé středních škol a gymnázií se cítili být dostatečně informováni pouze ve 13 %. Pokud porovnáme tyto výsledky, je vidět, že se informovanost celkově zlepšila. Skutečnost, že na základních školách jsou pedagogové informovanější, se potvrdila.

Další položku v dotazníku vyplnili pouze ti, kteří se cítí být dostatečně informováni o záměrném sebepoškozování. Jednalo se o otevřenou otázku, která zjišťovala, odkud čerpali informace o této problematice.

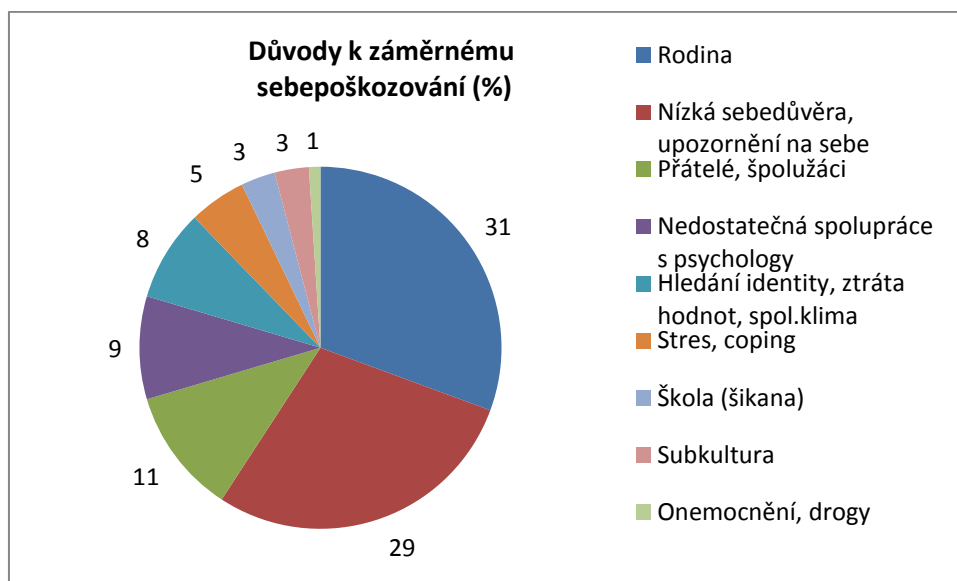
Graf č. 15 – Zdroje informací



Z výše uvedeného grafu je patrné, že převážným zdrojem informací je pro pedagogy odborná literatura. Důvodem, proč je informovanost pedagogů o tomto jevu tak nízká proto může být, že literatura, týkající této problematiky, je v našem prostředí pouze v omezené míře. Dalším zdrojem informací je také internet, školení či semináře, které se této problematice věnují. Nezanedbatelnou složkou je práce školního metodika prevence (ŠMP), výchovného poradce (VP) či školního psychologa. Dále pedagogové uvedli osobní zkušenost či další vzdělávání (myšleno studium na VŠ a další vzdělávání pedagogických pracovníků (DVPP)).

Oproti předešlému průzkumu se zastoupení jednotlivých zdrojů nepatrně změnilo. Na prvním místě (38 %) byla uvedena média, která nyní vůbec zastoupena nejsou. Za média můžeme považovat ale také internet, který se v průzkumu objevil na třetím místě v 19 %. Jako další literatura (14 %) nyní 29 %. Obě monografie (Kriegelová, Platznerová) jsou již zřejmě dostatečně medializované. Jako další byl uváděn internet, školení a osobní zkušenost. Vůbec nebyly zastoupeny funkce ŠMP, VP či psychologa.

**Graf č. 16** – Důvody rozšíření záměrného sebepoškození



Další položku v dotazníku tvořila otázka, jaké jsou podle pedagogů nejčastější důvody, které vedou k rozšíření tohoto jevu. Někteří učitelé uváděli pouze jeden důvod, jiní jich uvedli více. Každý z důvodů byl započten samostatně a zahrnut pod některou z vytvořených kategorií. Jako nejčastější důvod (31 %) uváděli pedagogové problémy v rodině (zanedbávání, rozvod, úmrtí, ale i přehnané nároky rodičů na dítě). Tato položka je oproti předešlému výzkumu četnější (předtím 20 %), byla také až na druhém místě. Jako nejrozšířenější důvod dříve pedagogové uváděli potřebu na sebe upozornit (23 %). Tato skutečnost je v mém průzkumu zastoupena sice na druhém místě, zato větší měrou 29 %. Jako třetí nejčastější impuls, který dle pedagogů vede adolescenty k sebepoškození, jsou nehody s přáteli a spolužáky (11 %). Zajímavé je podle mne zjištění, že i pedagogové shledávají jako důležité spolupracovat s psychologem a že by tato spolupráce měla být intenzivnější. Chápu to také jako jakési volání po intenzivnější informovanosti nejen jejich, ale i žáků. 8 % uvedlo ztrátu hodnot, hledání vlastní identity a změnu společenského klimatu. Tyto možnosti jsem shrnula pod jednu kategorii, protože spolu dle mého názoru velmi úzce souvisí. Současné nastavení společnosti klade větší nároky na adolescenty a ti si v ní hledají své vlastní místo, což může být pro některé jedince extrémně náročné. Další příčku (5 %) tvoří celkově stres a copingové strategie jako vyrovnání se s ním. Shodně po 3 % se vyskytly možnosti zátěže ze školy a příslušnost k subkultuře (Emo). Vnímání školy,

jako precipitujícího faktoru je u pedagogů a žáků značně odlišné. Velice mě potěšilo zjištění, že pedagogové, na rozdíl od žáků, již tolik nespojují záměrné sebepoškozování s onemocněním psychického rázu či drogovou závislostí. Tato skutečnost se rapidně snížila. Oproti předešlým 14 % to nyní zmínilo pouhé 1 %. V předešlém výzkumu se navíc vyskytovaly ještě následující položky: neláska k sobě, trestání se; nuda, nedostatek zájmů; snaha odlišit se; vliv internetu a médií. Taktéž zjištění, že toto není v mém výzkumném vzorku považováno za důvod, je pozitivní.

Další otázka se týkala toho, zda se pedagogové osobně setkali se záměrným sebepoškozováním. Získaná data jsem rozdělila dle jednotlivých typů škol a uvádím jejich relativní četnosti.

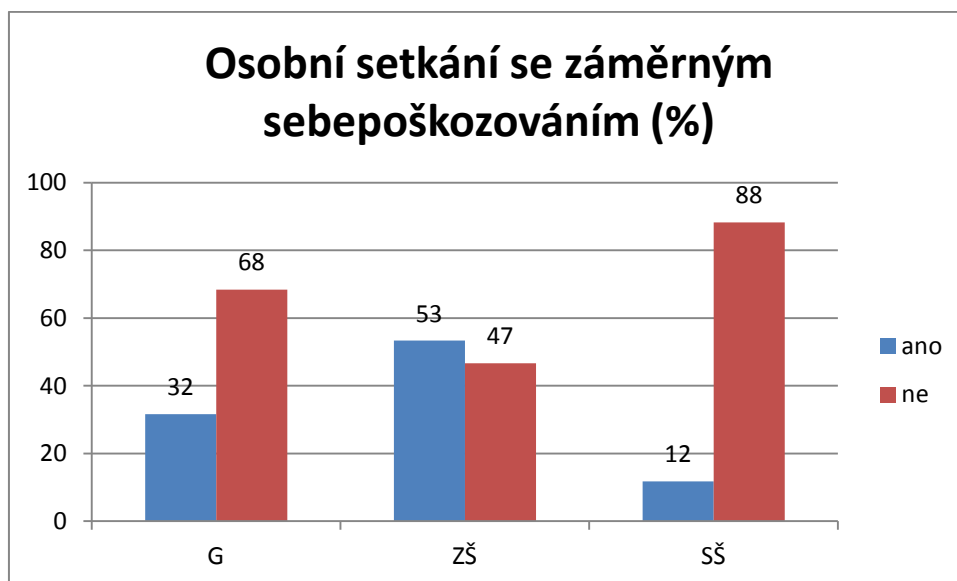
**Tabulka č. 15** – Osobní setkání se záměrným sebepoškozováním (pedagogové)

(%)	G	ZŠ	SŠ	celkem
ano	12	16	4	31
ne	25	14	29	69

Většina dotazovaných (69 %) uvedla, že se se záměrným sebepoškozováním osobně nesešla. Pouze 39 % odpovědělo, že osobní zkušenosti má. Poměr odpovědí se oproti předešlému šetření liší, a to sice ve prospěch osobního setkání. Tuto zkušenost mělo pouze 24 % pedagogů, zatímco 76 % se s tímto jevem nesešlo.



**Graf č. 17** - Osobní setkání se záměrným sebepoškozováním (pedagogové)

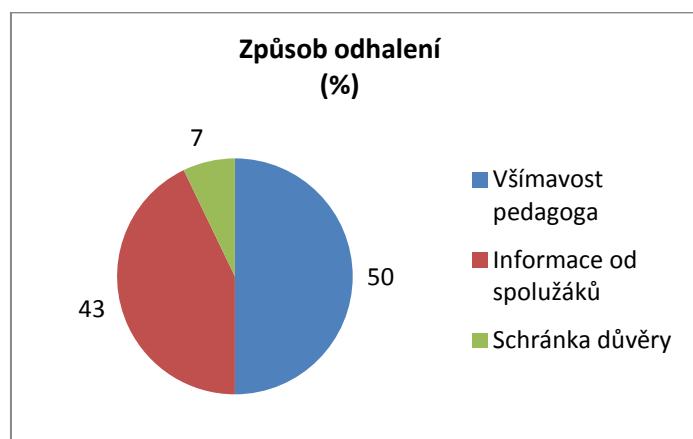


Pokud porovnáme zkušenosti pedagogů z jednotlivých škol, u učitelů gymnázia a střední školy jasně převažuje skutečnost, že se se záměrným sebepoškozováním nesetkali (souhrnně 54 %) a jen 16 % pedagogů má s tímto jevem osobní zkušenost. Oproti pedagogům ze základní školy, kde sice nepatrně, ale převažuje osobní setkání (16 %) nad skutečností, že by se s tímto jevem nesetkali (14 %).

Pokud oddělíme středoškolské pedagogy od těch, kteří působí na základní škole úplně, vypadají výsledky následovně. V předešlém šetření mělo osobní zkušenost 21 % pedagogů působících na gymnáziu či střední škole, nyní je to v průměru 22 %. Tyto výsledky se tudíž příliš nezměnily. Oproti tomu pedagogové působící na základní škole uváděli dříve osobní zkušenost v 23 %, v mém šetření vyšel výsledek 53 %. Tento rozdíl může být způsoben skutečností, že vzorek tvoří pedagogové z jedné školy. Pokud odhlédneme od této skutečnosti, dají se zjištěné informace interpretovat následovně. Rozdíl v zastoupení četnosti osobního setkání pedagogů základních škol oproti pedagogům, kteří působí na gymnáziu či SŠ je vyšší vzhledem ke skutečnosti, že dochází k intenzivnějšímu setkávání mezi pedagogy a jejich žáky. Učitelé na základních školách tráví s žáky v rámci osobního kontaktu více hodin, než například učitelé odborných předmětů na středních školách.

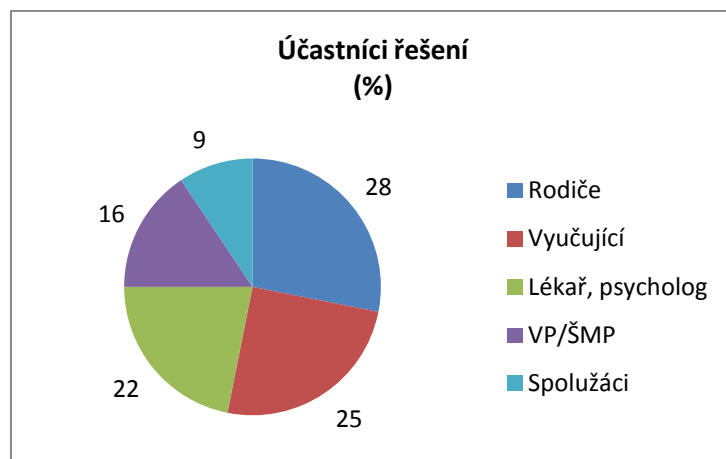
Když se učitelé se záměrným sebepoškozováním setkali, což bylo v 31 %, měli ještě následně vyplnit, jakým způsobem bylo odhaleno, že se žák sebepoškozuje a jak to bylo následně řešeno.

**Graf č. 18** – Způsob odhalení záměrného sebepoškozování



V sedmi případech, které v našem případě tvoří polovinu odpovědí, učitelé uvedli, že sebepoškozování odhalili sami. Nejčastěji to bylo zmiňováno ve spojitosti s účastí na školní akci. Důvodem může být, že si jedinci nedávali tak dobrý pozor při maskování způsobených ran, při pobytu v jiném prostředí. V předešlém výzkumu pedagogové sami odhalili 43 % případů. Velikou roli hrají při odhalování tohoto jevu také spolužáci. Šest učitelů uvedlo, že za nimi přišli s touto informací. Tato položka nebyla v předešlém průzkumu vůbec zastoupena. Oproti tomu tam byli uvedeni rodiče (22 %), kteří za učiteli chodili pro radu. V jednom případě byla využita schránka důvěry, kterou na škole spravuje ŠMP.

**Graf č. 19** – Účastníci řešení záměrného sebepoškozování



Dále jsem pátrala po tom, jak bylo odhalení následně řešeno, jakým způsobem se s jedincem pracovalo a kdo všechno se na řešení podílel. V devíti případech byli o skutečnosti informováni rodiče, v osmi případech s žákem ohledně problému komunikovali i vyučující, především třídní učitel. V sedmi případech byla doporučena a navázána spolupráce s odborníky jako je psycholog a lékař. Dále problematiku v pěti případech řešil školní metodik prevence nebo výchovný poradce. Zajímavým zjištěním pro mě bylo, že ve třech případech byla zahájena práce s celou třídou. Tuto skutečnost vnímám pozitivně jak pro samotného jedince, tak pro celou třídu. Pro žáky je to příležitost a možnost, jak se s danou problematikou seznámit blíže a lépe tak porozumět jedinci, který se sebepoškozuje. Jemu samému mohou pomoci překonat překážky, na které může narazit při svém boji se sebepoškozováním. V předešlém šetření byly shodně v deseti případech zainteresováni rodiče a psycholog/psychiatr. V deseti případech byly také vedeny rozhovory přímo s žáky, které zde zmíněny vůbec nebyly. Nicméně tuto skutečnost nevidím tak, že by rozhovory s žákem vůbec neproběhly. Domnívám se spíše, že

ji respondenti považovali za samozřejmost. Dále byl uveden výchovný poradce (8) a lékař (6). V pěti případech byl kontaktován sociální odbor. Tato možnost se zde také nevyskytuje. Zřejmě proto, že učitelé volí jiné cesty a způsoby řešení.

### **3.6 Shrnutí**

**H1: Schopnost žáků definovat termín záměrné sebepoškozování je vyšší, než v předešlém průzkumu.**

V předešlém průzkumu tuto schopnost prokázalo 73 % respondentů. V mém průzkumu vyšlo zastoupení v 69 % (viz. Graf č. 3). Tento nepatrný pokles může být způsoben tím, že relativně četné byly odpovědi, které jsem označila jako nesprávné. Tyto odpovědi zahrnovaly popis závislosti na návykové látce či problematiku spektra poruch příjmu potravy. Taktéž pokud bylo uvedeno pouze onemocnění psychického původu, odpověď jsem označila jako nesprávnou. Pokud se v odpovědi mimo tyto skutečnosti objevilo i záměrné sebepoškozování jak je vymezeno pro tuto práci (forma fyzického ublížení sobě

samému za účelem cítit se lépe), označila jsem ji za správnou. Hypotéza se tudíž nepotvrdila.

**H2: Schopnost definovat záměrné sebepoškozování se statisticky liší u dívek a chlapců, ve prospěch dívek.**

Jak můžeme vyčíst z grafů číslo 5. a 6., statistické rozdíly ve schopnosti definovat termín záměrné sebepoškozování mezi dívkami a chlapci existují. Ve vztahu k celkovému zkoumanému souboru respondentů jsou dívky úspěšné oproti chlapcům v poměru 7 : 1. Tato úspěšnost může pramenit ze skutečnosti, že jsou dívky obecně verbálně zdatnější než chlapci. Nebo že je sebepoškozování více rozšířeno právě mezi dívkami, tudíž s ním přicházejí častěji do styku a jsou díky informovanosti schopnější při definici tohoto jevu. Hypotéza se potvrdila.

**H3: Četnost osobního setkání se záměrným sebepoškováním se liší dle typu školy.**

Jak ukazuje graf č. 10, osobní setkání u studentů SŠ (58 %) bylo četnější než u žáků ZŠ (41 %) a než u žáků gymnázia (33 %). Rozdílnost je patrná a pramení pravděpodobně z celkového klimatu a nastavení jednotlivých typů škol. Hypotéza se potvrdila.

**H4: Dívky se sebepoškozují častěji než chlapci.**

Z grafu číslo 11 lze vyčíst zastoupení pohlaví osob, které se sebepoškozují, se kterými přišli respondenti do styku. Potvrzuje se zde trend, že se záměrně sebepoškozují dívky (87 %) častěji než chlapci (13 %). Hypotéza se potvrdila.

**H5: Pedagogů, kteří se cítí být dostatečně informováni o záměrném sebepoškování, je méně než 50 %.**

Za informované se dle průzkumu považuje 29,4 % pedagogů. Oproti předešlému výzkumu se informovanost pedagogů nepatrně zlepšila. Za dostatečně informované se považovalo 21,2 % pedagogů. Hypotéza H5 se potvrdila (viz. Graf č. 14)

#### **H6: Informovanost pedagogů o záměrném sebepoškozování se liší dle typu školy.**

Pořadí v informovanosti dle typu školy se nezměnil. Informovanost pedagogů na ZŠ byla 21 % (nyní 56,3 %) a na SŠ pouze 13 % (nyní 11,8 %). Střední hodnotu mezi těmito typy škol zaujímá gymnázium, kde se cítí být informovaných 22,2 % pedagogů. Z dotazníků se bohužel nedá vyčíst, ve kterém ročníku působí, tudíž je nelze zařadit pod ZŠ či SŠ. Rozdílnost je patrná a pramení pravděpodobně z celkového klimatu a nastavení jednotlivých typů škol. Hypotéza H5 se potvrdila (viz. Tabulka č. 14)

#### **H7: Četnost osobního setkání pedagogů se záměrným sebepoškozováním je vyšší, než v předešlém průzkumu.**

V předešlém průzkumu potvrdilo osobní setkání 24 % pedagogů. Z mého průzkumu vplynula četnost 31 %. Ačkoliv je rozdíl ve zjištěných hodnotách malý, nepatrně se četnost osobního setkání zvýšila. Hypotéza H7 se potvrdila (viz. Tabulka č. 15)

#### **H8: Pedagogové nejsou schopni odhalit záměrné sebepoškozování ve více než 50 % případech.**

Z grafu č. 18 vyplývá, že záměrné sebepoškozování je pedagogem odhaleno pouze v 50 %. Ve 43 % hraje roli aktivita spolužáků. Osobní setkání s tímto jevem uvádí 43,7 % žáků a studentů, ale jen 31 % pedagogů. Z tohoto poměru lze také soudit, že žáci a studenti jsou k výskytu záměrného sebepoškozování vnímavější než jejich pedagogové a jsou tudíž schopni odhalit i více případů. Hypotéza se tudíž potvrdila jako správná.

#### **H9: Uvedené důvody, které vedou k záměrnému sebepoškozování, se ve svém zastoupení procentuelně odlišují v porovnání žáků a studentů spolu s pedagogy.**

Kategorizace u jednotlivých složek respondentů (žáci a studenti - graf č. 8 / pedagogové – graf č. 16) byla lehce odlišná, nicméně se mi podařilo vybrat kategorie, které vzájemně odpovídají. Rodina byla shodně uvedena na prvním místě (20,7 % žáci, 31 % pedagogové). Kategorii nízká sebedůvěra a upozornění na sebe jsem měla u žáků uvedenou zvlášť, u pedagogů dohromady, proto jsem ji u žáků sečetla. U pedagogů byla uvedena na druhém místě se zastoupením 29 %, u žáků na čtvrtém a pátém místě dohromady tvořila 18,8 %. Třetí složku tvořila kategorie spolužáci, přátelé (11,3 % žáci (v pořadí čtvrtá), 11 % pedagogové). Škola byla se 17,3 % na třetím místě u žáků, kdežto

u pedagogů tvořila pouhá 3 %. Onemocnění se u žáků vyskytovalo v 7,2%, kdežto u pedagogů pouze v 1 %. Z výše popsaných zastoupení jednotlivých kategorií lze vyčíst, že se vnímání důvodů pro záměrné sebepoškozování odlišuje. Hypotéza se proto potvrdila.

Výzkumná otázka zněla, zda se zlepšila celková informovanost o fenoménu záměrného sebepoškozování mezi žáky, studenty a pedagogy. Z provedeného průzkumu a následného vyhodnocení dat vyšlo, že ano. Od roku 2009 došlo k rozšíření informovanosti. Roku v ruce ovšem s rozšířením informovanosti jde i skutečnost, že má čím dál více lidí zprostředkovanou zkušenost se sebepoškozováním. Je proto třeba brát na tuto skutečnost zřetel a reagovat účinnou osvětou a vzděláváním nejen pedagogických pracovníků. Cíle práce byly naplněny.

## Závěr

Tato diplomová práce předkládá přehled teoretických i praktických poznatků o jevu záměrného sebepoškozování adolescentů. V teoretické části je uvedena definice a přehled užívané terminologie, což bylo nezbytné pro vymezení cíle práce. Dále jsem uvedla různá specifika sebepoškozování, které se liší v závislosti na pohlaví či věku jedince. Tyto teoretické poznatky byly doplněny o deskriptivní data, získaná z různých studií, které byly provedeny v posledních letech v zahraničí i u nás.

Dále jsem se věnovala možnostem práce se sebepoškozujícími se jedinci. Jelikož tuto cílovou skupinu vnímám jako vysoce specifickou, je při práci s ní potřeba dodržovat určitá pravidla, která jsem se pokusila shrnout. Léčba sebepoškozování je komplexní, dlouhodobá a ne vždy úspěšná. Proto jsem se ve své práci zaměřila i na preventivní působení, které by mohlo přispět k regulaci tohoto jevu. Popisuji zde možnosti práce, které jsou užívány v zahraničí.

Ačkoliv jsou vyvíjeny snahy o intenzivní zkoumání jevu, sjednocení terminologie a ustanovení mezinárodně uznávané diagnostiky, stále ještě není poznání na takové úrovni, aby bylo možné s tímto jevem bojovat. Z výsledků mého průzkumu je patrné, že tento fenomén se, především zprostředkovaně, týká čím dál většího počtu adolescentů. Téměř 70 % žáků je schopno definovat záměrné sebepoškozování a necelá polovina respondentů má zkušenost s osobním setkáním s někým, kdo se sebepoškozuje. Jako vhodné tudíž shledávám nadále zvyšovat informovanost o tomto jevu mezi žáky. Vzhledem k tomu, že spolužáci hrají významnou roli (43 %) v odhalování sebepoškozování, podpořila bych nadále toto jejich počínání. Kromě poskytnutí informací o sebepoškozování je nezbytné vžít v žácích důvěru. Pedagog by měl být také osobou, za kterou se půjdou žáci svěřit.

Z výsledků dále vyplývá, že preventivní působení by bylo vhodné začít již před 12 rokem věku, tudíž předtím, než dochází k nejčtenějšímu prvnímu kontaktu. Podle mne by bylo vhodné tyto poznatky předávat adolescentům ve školním prostředí, aby byli informováni zároveň i pedagogové. Povědomí pedagogů o záměrném sebepoškozování je na velice nízké úrovni (29,4 % se cítí být dostatečně

informování) a myslím si, že zvýšení informovanosti by mohlo napomoci při detekci jedinců, kteří se záměrně sebepoškozují. Případně by byli pedagogové schopni i adekvátně na tyto jedince reagovat a vhodným způsobem jim pomoci.

Zajímavé je také porovnání, jak je vnímána škola jakožto důvod, který může vést k sebepoškozování. Žáci a studenti ji uváděli na třetím místě v 17,3 % (přičemž velice často byly zmiňovány známky), zatímco pedagogové školu shledávali jako stresový faktor v pouhých 3 %.

Ve své diplomové práci jsem si stanovila za cíl zjistit, jaký je stav a povědomí o problematice záměrného sebepoškozování mezi žáky druhého stupně základní školy a studenty středních škol. Dalším dílčím cílem bylo zmapování informovanosti o fenoménu záměrného sebepoškozování mezi pedagogy. Zjištěné výsledky jsem komparovala s výsledky prací, které mapovaly stav obdobného reprezentativního vzorku, ale i s výsledky zahraničních studií. Díky této komparaci je možno sledovat směr, jakým se tento jev v mezi adolescenty ubírá a také to, jaký je stav ve srovnání s rozsáhlými studiemi provedenými v zahraničí.



## Seznam zdrojů

ANDOVER, Margaret S. a Blair W. MORRIS. Expanding and Clarifying the Role of Emotion Regulation in Nonsuicidal Self-Injury. *Canadian Journal of Psychiatry* [online]. 2014, vol. 59, issue 11, s. 569-575 [cit. 2015-01-18]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com>

BARTOŠOVÁ, Kateřina. *Psychické markery sebepoškozování v souvislosti s formou rodiny a rodičovským výchovným stylem*. Brno, 2014. Dizertační práce. Masarykova Univerzita v Brně.

BUREŠOVÁ, I., V. HRUBÁ. Výskyt sebepoškozujícího jednání mezi dětmi staršího školního věku. Pilotní studie. In *Osobnost v kontexte kognicí, emocionality a motivací III*. Mezinárodní konference : Univerzita Komenského, Bratislava. [online]. 2011. [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://is.muni.cz>

BUSER, Trevor J., Amanda PITCHKO a Juleen K. BUSER. Naturalistic Recovery From Nonsuicidal Self-Injury: A Phenomenological Inquiry. *Journal of Counseling* [online]. 2014, vol. 92, issue 4, s. 438-446 [cit. 2015-01-18]. DOI: 10.1002/j.1556-6676.2014.00170.x. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com>

CLOUTIER, P., K. M. NIXON. Ottawa Self-Injury Inventory. [online]. 2005, Dostupné z: [http://www.insync-group.ca/publications/OSI\\_clinical\\_October\\_20051.pdf](http://www.insync-group.ca/publications/OSI_clinical_October_20051.pdf)

ČECHOVÁ, Eva. Má láska žiletka. *Rodina a škola časopis pro rodiče vyd. Ministerstvo Školství*, Praha: Portál, 2008, roč. 55, č. 2. ISSN 0035-7766. s. 18-19

ČERNÁ, Alena, David. ŠMAHEL. Sebepoškozování v adolescenci: blog jako prostředek vytváření komunity. *Československá psychologie*, Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2009, roč. 53, č. 5. ISSN 0009-062x. s. 492-504

ČEŠKOVÁ, Eva, Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Editor Mojmir Svoboda. Praha: Portál, 2006, 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV*. Fourth edition. Washington, DC, American Psychiatric Association [online]. 1994. 915 s. [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://allpsych.com>

*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-V*. Fifth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association [online]. 2013. 947 s. [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://www.dsm5.org>

DYL, J. Understanding cutting in adolescents: Prevalence, prevention and intervention. *Brown University Child & Adolescent Behavior Letter* [online]. 2008. ISSN: 10581073. [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com>

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

GONZÁLEZ-FORTEZA, C; et al. Prevalence of Deliberate Self-harm in Teenage Students in the State of Guanajuato, Mexico: 2003. *Social Behavior & Personality: an international journal* [online]. 33, 8, 777-791, Dec. 2005. ISSN: 03012212. [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com>

HARTL, Pavel, Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.

HAWTON, K., E. A. SAUNDERS, R. O'CONNOR. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, [online]. 2012, Vol. 379, s. 2373-82. [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com>

HEATH, N. L., J. R. TOSTE, T. NEDECHEVA, A. CHARLEBOIS. (2008). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of Mental Health Counseling* [online]. roč. 30, č. 2, s. 137-156. [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com>

HUPKOVÁ, Ingrid. Sú tzv. závislosti na komunikačných technológiách závažným novodobým problémom?. *Vychovávateľ; časopis pre výchovu žiakov v čase mimo vyučovania*, [Bratislava, etc: Slovenské pedagogické nakl. z poverenia SNR, Odboru pre školstvo a kultúru, etc.], 2010, roč. 59, č. 3. s. 10-14

CHAPMAN, A. L., K. L. GRATZ, M. Z. BROWN. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, [online]. 2006, vol. 44, issue 3, s. 371-394. [cit. 2015-01-18]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com>

JUHNKE, Gerald A, Darcy Haag GRANELLO a Paul F GRANELLO. *Suicide, self-injury, and violence in the schools: assessment, prevention, and intervention strategies* [online]. Hoboken: John Wiley, c2011, xv, 368 s. [cit. 2015-01-18]. ISBN 978-047-0892-305. Dostupné z: <https://books.google.cz>

KLONSKY, E. David, Sarah E. VICTOR a Boaz Y. SAFFER. Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. *Canadian Journal of Psychiatry* [online]. 2014, vol. 59, issue 11, s. 565-568 [cit. 2015-01-18]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com>

KOCOURKOVÁ, Jana, Jiří, KOUTEK. Sebepoškozování v adolescenci - narůstající problém?. *Československá psychologie*, Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2008, roč. 52, č. 6. ISSN 0009-062x. s. 609-614

KOUTEK, Jiří, Jana, KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 128 s. ISBN 978-80-7367-349-9.

KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 174 s. ISBN 978-80-247-2333-4.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

MACEK, Petr. *Adolescence*. 2., upr. vyd. Praha: Portál, 2003, 141 s. ISBN 80-717-8747-7.

MADGE, Nicola, et al. "Deliberate Self-Harm Within An International Community Sample Of Young People: Comparative Findings From The Child & Adolescent Self-Harm In Europe (CASE) Study." *Journal Of Child Psychology & Psychiatry* [online]. 2008, s. 667-677. [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com>

MERUNKOVÁ, Zuzana. Když se bolest stane přítelem. *Instinkt*, Praha: Mediacop, 2007, roč. 6, č. 28. ISSN 1213-774X. s. 48-49

MICHALČÁKOVÁ, Radka. *Strachy v období rané adolescence*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu - Barrister, 2007, 149 s. Psychologie. ISBN 978-808-7029-152.

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN – 10: desátá revize. ÚZIS* [online]. 2013 [cit. 2015-01-18]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>

MUEHLENKAMP, Jennifer J., Barent W. WALSH a Moira MCDADE. Preventing Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: The Signs of Self-Injury Program. *Journal of Youth and Adolescence* [online]. 2010, vol. 39, issue 3, s. 306-314 [cit. 2015-01-18]. DOI: 10.1007/s10964-009-9450-8. Dostupné z: <http://link.springer.com>

MUEHLENKAMP, J. J., L. CLAES, L. HAVERTAPE, P. L. PLENER. International Prevalence Of Adolescent Nonsuicidal Self-Injury And Deliberate Self-Harm. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health* [online]. 2012, S. 10-18. [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com>

NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. 1.vyd. Praha: Academia, 1997, 270 s. ISBN 80-200-0592-7.

Národní strategii primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013 – 2018. *MŠMT* [online]. 2013 [cit. 2015-01-18]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz>

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2003, 151 s. ISBN 80-717-8831-7.

NOCK, M. K., M. J. PRINSTEIN. A Functional approach to the assessment of self -mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004. [online]. vol. 72 issue 5, s. 885-890. [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://www.researchgate.net>

PHELPS, Lenka. Bolest jako úleva. *Psychologie dnes*, Praha: Portál, 2007, roč. 13, č. 6. ISSN 1212-9607. s. 24-26

PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, c2009, 159 s. ISBN 978-80-7262-606-9.

POWER, J., S. L. BROWN. (2009). Self-injurious behaviour: A review of the literature and implications for corrections. Corrections Service of Canada, 2010. [online]. [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://www.csc-scc.gc.ca>

PRŮCHOVÁ, Dominika. Úmyslné sebepoškozování dětí v České republice – hospitalizované děti. *ÚZIS* [online]. 2012, roč. 2012, č. 2 [cit. 2015-01-18]. 1804-7858. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/>

RICHARDSON, Celia. *The truth about self harm* [online]. Camelot Foundation & Mental Health Foundation, 2006 [cit. 2015-02-09]. ISBN 978-1-903645-99-4. Dostupné z: <http://www.mentalhealth.org.uk>

ROZSÍVALOVÁ, Eva. Sebepoškozování u dospívajících. *Česká a slovenská psychiatrie / Česká lékařská společnost J. E. Purkyně*, Praha: Galén, 2010, roč. 106, č. 4. ISSN 1212-0383. s. 239-244.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006, 390 s. ISBN 8073671247.

SANSONE, R. A., L. A. SANSONE, M. W. WIEDERMAN. The Self-Harm Inventory: development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Medicine National Institutes of Health* [online]. 1998. [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2877617/>

STUHLÍKOVÁ, Iva. *Základy psychologie emocí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 227 s. ISBN 80-717-8553-9.

Světová zdravotnická organizace. *WHO* [online]. 2013 [cit. 2015-01-18]. Dostupné z: <http://www.who.cz/>

ŠRAMKOVÁ, Marianna. Technologické závislosti a ich vplyv na deti v období pubescencie. *Vychovávateľ; časopis pre výchovu žiakov v čase mimo vyučovania*,

[Bratislava, etc: Slovenské pedagogické nakl. z poverenia SNR, Odboru pre školstvo a kultúru, etc.], 2009/2010, roč. 57, č. 6. s. 28-31

TAN, A., M. REHFUSS, E. SUAREZ, A. PARKS-SAVAGE. Nonsuicidal self-injury in an adolescent population in Singapore. *Clinical Child Psychology & Psychiatry* [online]. 2014, s. 58-76. [cit. 2015-02-28] Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com>

VACEK, Jan. *Sebepoškozování mládeže jako sociálně patologický jev*. Hradec Králové, 2009. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 467 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospělost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

WHISENHUNT, Julia L., Catherine Y. CHANG, Lea R. FLOWERS, Gregory L. BRACK, Caroline O'HARA a Tara C. RAINES. Working With Clients Who Self-Injure: A Grounded Theory Approach. *Journal of Counseling* [online]. 2014, vol. 92, issue 4, s. 387-397 [cit. 2015-01-18]. DOI: 10.1002/j.1556-6676.2014.00165.x Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com>

WHITLOCK, Janis. The Cutting Edge: Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence. *ACT for Youth Center of Excellence* [online]. 2009, č. 12 [cit. 2015-01-18]. Dostupné z: <http://www.actforyouth.net>

WHITLOCK, J. What is self-injury? [Fact sheet] Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior in Adolescents and Young Adults. Retrieved October [online]. 2012, č. 9 [cit. 2015-01-18]. Dostupné z: [http://crpsib.com/factsheet\\_aboutsi.asp](http://crpsib.com/factsheet_aboutsi.asp)

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Přehled definic záměrného sebepoškozování (Kriegelová, 2008, s. 18) .....	13
Tabulka č. 2 - Klasifikační přehled sebepoškozujícího chování podle Pattisona a Kahana (1983, in Kriegelová, 2008, s. 22) .....	16
Tabulka č. 3 - Klasifikační přehled sebepoškozujícího chování podle Favazzy (1987, in Kriegelová, 2008, s. 23) .....	17
Tabulka č. 4 – Přehled respondentů (žáci) dle typu školy a pohlaví .....	55
Tabulka č. 5 – Přehled respondentů (žáci) dle třídy/ročníku a pohlaví.....	55
Tabulka č. 6 – Přehled respondentů (pedagogové) .....	56
Tabulka č. 7 - Schopnost definovat pojem záměrné sebepoškozování – žáci a studenti .....	56
Tabulka č. 8 - Schopnost definovat záměrné sebepoškozování – dívky/chlapci (6. – 9. tř.) (1. – 4. roč.) .....	57
Tabulka č. 9 – Informovanost o problematice – celkem .....	60
Tabulka č. 10 – Informovanost o problematice – jednotlivé školy .....	62
Tabulka č. 11 – Osobní setkání se záměrným sebepoškozováním – celkem .....	64
Tabulka č. 12 – Osobní setkání se záměrným sebepoškozováním dle typu školy .....	64
Tabulka č. 13 - Záměrné sebepoškozování – věkové zastoupení.....	66
Tabulka č. 14 – Informovanost pedagogů o záměrném sebepoškozování – jednotlivé školy	68
Tabulka č. 15 – Osobní setkání se záměrným sebepoškozováním (pedagogové) .....	72

## Seznam grafů

Graf č. 1 - Trend vývoje počtu úmyslného sebepoškození v jednotlivých letech dle pohlaví (v absolutních číslech).....	44
Graf č. 2 – Statistika Linky bezpečí (2007 – 2014).....	45
Graf č. 3 - Schopnost definovat záměrné sebepoškození – dívky + chlapci.....	56
Graf č. 4 - Schopnost definovat záměrné sebepoškození – dívky/chlapci (6. – 9. tř.) .....	58
Graf č. 5 - Schopnost definovat záměrné sebepoškození – dívky/chlapci (1. – 4. roč.).....	58
Graf č. 6 – Definice pojmu záměrné sebepoškození .....	60
Graf č. 7 – Informovanost o problematice – celkem.....	61
Graf č. 8 – Důvody k záměrnému sebepoškození .....	62
Graf č. 9 - Osobní setkání se záměrným sebepoškozením – celkem.....	64
Graf č. 10 - Osobní setkání se záměrným sebepoškozením dle typu školy.....	65
Graf č. 11 – Záměrné sebepoškození – zastoupení pohlaví .....	66
Graf č. 12 – Záměrné sebepoškození – věkové zastoupení .....	66
Graf č. 13 – Způsob sebepoškození.....	67
Graf č. 14 - Informovanost pedagogů o záměrném sebepoškození .....	68
Graf č. 15 – Zdroje informací.....	70
Graf č. 16 – Důvody rozšíření záměrného sebepoškození .....	71
Graf č. 17 - Osobní setkání se záměrným sebepoškozením (pedagogové).....	73
Graf č. 18 – Způsob odhalení záměrného sebepoškození.....	74
Graf č. 19 – Účastníci řešení záměrného sebepoškození .....	74



## Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Funkční modely sebepoškození dle Power a Brown (2010) .....	25
Obrázek č. 2 – Model sebepoškozujícího chování EAM (Chapman a kol., 2009).....	26

## Seznam příloh

Příloha č. 1 – Úmyslné sebepoškození (MKN – 10) .....	91
Příloha č. 2 - Dotazník pro žáky .....	95
Příloha č. 3 - Dotazník pro pedagogy .....	96
Příloha č. 4 - Functional Assessment of Self-Mutilation (Lloyda et al., 1997).....	96
Příloha č. 5 - Self-Harm Inventory (Sansone, Sansone & Wiederman, 1995) .....	98
Příloha č. 6 – - Ottawa Self-Injury Inventory (Cloutier & Nixon, 2005).....	99

Příloha č. 1 – Úmyslné sebepoškození (MKN – 10)

<b>ÚMYSLNÉ SEBEPOŠKOZENÍ (X60–X84)</b>	
<b>X60</b>	<b>Úmyslné sebeotrávení neopioidními analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky a expozice jejich působení</b>
Patří sem:	deriváty 4-aminofenolu nesteroidní protizánětlivá léčiva [NSA] pyrazolonové deriváty salicyláty
<b>X61</b>	<b>Úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy-hypnotiky, antiparkinsoniky, psychotropními léky a expozice, nezařazené jinde</b>
Patří sem:	antidepresiva barbituráty hydantoinové deriváty iminostilbeny sloučeniny metakvalonu neuroleptika psychostimulancia sukcinimidy a oxazolindiony trankvilizéry
<b>X62</b>	<b>Úmyslné sebeotrávení narkotiky a psychodysleptiky [halucinogeny] a expozice jejich působení, nezařazené jinde</b>
Patří sem:	konopí (deriváty) kokain kodein heroin lysergid [LSD] meskalin metadon morfin opium (alkaloidy)
<b>X63</b>	<b>Úmyslné sebeotrávení jinými léčivými působícími na autonomní nervovou soustavu a expozice jejich působení</b>
Patří sem:	parasympatolytika s anticholinergním a antimuskarinovým účinkem a spazmolytika parasympatomimetika [cholinergika] sympatolytika [antiadrenergika] sympatomimetika [adrenergika]

<b>X64</b>	<b>Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky, léčivy, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení</b>	
	Patří sem:	<p>prostředky primárně působící na hladké a kosterní svalstvo a dýchací soustavu</p> <p>anestetika (celková)(místní) léčiva působící na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. kardiovaskulární soustavu</li> <li>. gastrointestinální soustavu</li> </ul> <p>hormony a jejich syntetické náhrady</p> <p>systémové a hematologické prostředky</p> <p>systémová antibiotika a jiné protiinfekční prostředky</p> <p>léčebné plyny</p> <p>prostředky pro místní použití</p> <p>očkovací látky</p> <p>prostředky a léčiva působící na vodní rovnováhu, přeměnu minerálních látek</p> <p>a metabolismus kyseliny močové</p>
<b>X65</b>	<b>Úmyslné sebeotrávení alkoholem a expozice jeho působení</b>	
	Patří sem:	<p>alkohol:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. NS</li> <li>. butyl [1-butanol]</li> <li>. etyl [etanol]</li> <li>. isopropyl [2-propanol]</li> <li>. metyl [metanol]</li> <li>. propyl [1 propanol]</li> </ul> <p>přiboudlina</p>
<b>X66</b>	<b>Úmyslné sebeotrávení organickými rozpustidly a halogenovanými uhlovodíky a jejich parami a expozice jejich působení</b>	
	Patří sem:	<p>benzén a jeho homology</p> <p>tetrachlormetan</p> <p>chlorofluoruhlovodíky</p> <p>petrolej, ropa (deriváty)</p>
<b>X67</b>	<b>Úmyslné sebeotrávení jinými plyny a parami a expozice jejich působení</b>	
	Patří sem:	<p>oxid uhelnatý</p> <p>helium (nemedicínální), N<sub>2</sub></p> <p>slzotvorný plyn (slzný plyn)</p> <p>výfukový motorový plyn (z vozidla)</p> <p>oxidy dusíku</p> <p>oxid siřičitý</p> <p>svítíplyn</p>
	Nepatří sem:	dýmy a páry kovů (X69.–)

<b>X68</b>	<b>Úmyslné sebeotrávení pesticidy a expozice jejich působení</b>	
	Patří sem:	vykuřovací prostředky fungicidy herbicidy insekticidy rodenticidy ochranné nátěry dřeva
	Nepatří sem:	živiny a hnojiva rostlin (X69.–)
<b>X69</b>	<b>Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými chemikáliemi a škodlivými látkami a expozice jejich působení</b>	
	Patří sem:	žiravé aromatické látky, kyseliny a leptavé alkálie lepidla a lepivé látky kovy včetně dýmů a par nátěry a barviva živiny a hnojiva rostlin jedovaté potraviny a rostliny mýdla a čistící a prací prostředky
<b>X70</b>	<b>Úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a (za)dušením</b>	
<b>X71</b>	<b>Úmyslné sebepoškození (u)topením a potopením</b>	
<b>X72</b>	<b>Úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru</b>	
<b>X73</b>	<b>Úmyslné sebepoškození výstřelem z pušky, brokovnice a větší ruční střelné zbraně</b>	
<b>X74</b>	<b>Úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně</b>	
<b>X75</b>	<b>Úmyslné sebepoškození výbušnou látkou</b>	
<b>X76</b>	<b>Úmyslné sebepoškození kouřem, dýmem a ohněm</b>	
<b>X77</b>	<b>Úmyslné sebepoškození vodní parou, horkými výpary a horkými předměty</b>	
<b>X78</b>	<b>Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem</b>	
<b>X79</b>	<b>Úmyslné sebepoškození tupým předmětem</b>	
<b>X80</b>	<b>Úmyslné sebepoškození skokem z výše</b>	
	Patří sem:	úmyslný pád z jedné úrovně na druhou
<b>X81</b>	<b>Úmyslné sebepoškození skokem nebo lehnutím si před pohybující se předmět</b>	

<b>X82</b>	<b>Úmyslné sebepoškození havárií motorového vozidla</b>	
	Patří sem:	úmyslná srážka s: . motorovým vozidlem . vlakem . pouliční dráhou
	Nepatří sem:	zřícení letounu (X83.–)
<b>X83</b>	<b>Úmyslné sebepoškození jinými určenými prostředky</b>	
	Patří sem:	úmyslné sebepoškození: . žíravými látkami, vyjma otravu . zřícením letounu . usmrcením elektrickým proudem
<b>X84</b>	<b>Úmyslné sebepoškození neurčenými prostředky</b>	

**Příloha č. 2 - Dotazník pro žáky**

Vážené žákyně/studentky, vážení žáci/studenti,

předkládám Vám dotazník, který je zaměřen na problematiku *záměrného sebepoškozování*. Jedná se o druh sociálně patologického chování, které je v současné době již poměrně známé, avšak dosud není dostatečně prozkoumané. Cílem tohoto dotazníku je zmapovat lépe tento jev a jeho rozšíření mezi mládeží. Vyplnění dotazníku je zcela anonymní.

Předem děkuji za Váš čas,

Bc. Romana Dolečková – studentka PdF Univerzity Hradec Králové.

žena / muž

věk:

ročník:

ZŠ / SŠ :

---

1. Dokázal/a bys vysvětlit, co je považováno za *záměrné sebepoškozování*?

ANO – NE

Pokud jsi napsal/a ANO, pokus se tedy vysvětlit, co si pod pojmem *záměrné sebepoškozování* představuješ a jakým způsobem k němu dochází?

.....  
.....

2. Odkud ses o *záměrném sebepoškozování* dozvěděl/a?

- a) zprostředkovaně (médiá – internet, televize, noviny...)
- b) ze svého okolí (příbuzní, kamarádi)

3. Jaký je podle tebe důvod, že se začne někdo *záměrně sebepoškozovat*?

.....  
.....

4. Setkal/a jsi se osobně s případem *záměrného sebepoškozování* u tvých známých/kamarádů?

ANO – NE

Pokud ANO jednalo se o děvče nebo chlapce? Kolik jí/mu bylo let?

.....

O jaký druh *sebepoškozování* se jednalo?

.....

**Příloha č. 3** - Dotazník pro pedagogy

Vážená paní, vážený pane,

v současné době dochází mezi dětmi a mládeží k rozšiřování tzv. záměrného sebepoškozování. Jedná se o druh sociálně patologického chování, které je v současné době již poměrně známé, avšak dosud není dostatečně prozkoumané. Cílem tohoto dotazníku je důkladněji tento jev zmapovat, a tím přispět k jeho účinnější prevenci.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku a Váš čas,

Bc. Romana Dolečková – studentka PdF Univerzity Hradec Králové.

muž / žena

škola: ZŠ / SŠ / SOŠ / SOU

délka praxe:

---

1. Domníváte se, že jste dostatečně informován/a o problematice *záměrného sebepoškozování*?

ANO / NE

Pokud je Vaše odpověď ANO, z jakých zdrojů jste čerpal/a informace?

.....  
.....  
.....

2. Jaké jsou podle Vašeho názoru hlavní důvody rozšíření tohoto sociálně-patologického jevu u současné mládeže?

.....  
.....  
.....

3. Setkal/a jste se osobně s případem záměrného sebepoškozování u Vašich žáků?

ANO / NE

Pokud ANO, jakým způsobem byl tento problém odhalen a případně řešen?

.....  
.....

**Příloha č. 4** - Functional Assessment of Self-Mutilation (Lloyda et al., 1997)



Name: Of: _____	Week						
Category	Munday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
Antecedents (Events in Environment)							
Antecedents (Biological Elements)							
Antecedents (Thoughts, Feelings, Behaviors)							
# Wounds							
Start Time of SIB Episode							
End Time of SIB Episode							
Extent of Physical Damage- (Length, Width, Wound Sources Obtained?) (If Yes, How Many?) Body Area(s)							
Pattern to Wounds- (Yes/No-If Yes, Type)							
Use of Tool- (Yes/No-If Yes, Type)							
Room or Place of SIB							
Alone or With Others During SIB							
Aftermath of SIB (Thoughts, Feelings, Behaviors)							
Aftermath of SIB (Biological Elements)							
Aftermath of SIB (Events in Environment)							
Reactions of Others to Your SIB							
Comments							

Figure 1. Self-injury log.

<b>SELF-HARM INVENTORY</b>		
<b>Instructions:</b> Please answer the following questions by checking either, "Yes," or "No." Check "yes" only to those items that you have done intentionally, or on purpose, to hurt yourself.		
Yes	No	Have you ever intentionally, or on purpose, done any of the following:
___	___	1. Overdosed? (If yes, number of times____)
___	___	2. Cut yourself on purpose? (If yes, number of times____)
___	___	3. Burned yourself on purpose? (If yes, number of times____)
___	___	4. Hit yourself? (If yes, number of times____)
___	___	5. Banged your head on purpose? (If yes, number of times____)
___	___	6. Abused alcohol?
___	___	7. Driven recklessly on purpose? (If yes, number of times____)
___	___	8. Scratched yourself on purpose? (If yes, number of times____)
___	___	9. Prevented wounds from healing?
___	___	10. Made medical situations worse on purpose (e.g.,skipped medication)?
___	___	11. Been promiscuous (i.e., had many sexual partners)? (If yes, how many?____)
___	___	12. Set yourself up in a relationship to be rejected?
___	___	13. Abused prescription medication?
___	___	14. Distanced yourself from God as punishment?
___	___	15. Engaged in emotionally abusive relationships? (If yes, number of relationships?____)
___	___	16. Engaged in sexually abusive relationships? (If yes, number of relationships?____)
___	___	17. Lost a job on purpose? (If yes, number of times____)
___	___	18. Attempted suicide? (If yes, number of times____)
___	___	19. Exercised an injury on purpose?
___	___	20. Tortured yourself with self-defeating thoughts?
___	___	21. Starved yourself to hurt yourself?
___	___	22. Abused laxatives to hurt yourself? (If yes, number of times____)
<p>Have you engaged in any other self-destructive behaviors not asked about in this inventory? If so, please describe below.</p>		

**Příloha č. 6 – - Ottawa Self-Injury Inventory (Cloutier & Nixon, 2005)**

# Ottawa Self-Injury Inventory (OSI-clinical)

Mary Kay Nixon, M.D.

Centre for Youth and Society  
C/O University of Victoria  
PO Box 3050 STN CSC  
Victoria BC, CANADA  
V8W 3P3

Paula Cloutier, M.A.

Children's Hospital of Eastern Ontario  
Mental Health Patient Service Unit (Research)  
401 Smyth Rd.,  
Ottawa, Ontario, Canada  
K1H 8L1

Researchers and clinicians working in non-profit or publicly owned settings (including universities, non-profit hospitals, and government institutions) may make single copies of the OSI instrument for their own clinical and research use.

The authors may be reached at [mary.nixon@viha.ca](mailto:mary.nixon@viha.ca) or [cloutier@cheo.on.ca](mailto:cloutier@cheo.on.ca)

OSI (3.1) rev. November, 2005 ©

# Ottawa Self-Injury Inventory (OSI-clinical)

Name: \_\_\_\_\_

Sex: \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_\_ Female

Today's Date: \_\_\_\_\_ DD \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ YY

Date of Birth: \_\_\_\_\_ DD \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ YY

Age: \_\_\_\_\_

1. *circle "0" if not at all and circle "3" if daily.*

How often in the past <b>month</b> have you:	not at all	at least once	weekly	daily
<u><b>Thought</b></u> about injuring yourself without the intention to kill yourself?	0	1	2	3
<u><b>Actually injured</b></u> yourself, without the intention to kill yourself?	0	1	2	3

2. *circle "0" if not at all and circle "4" if daily.*

How often in the past <b>6 months</b> have you:	not at all	1 to 5 times	monthly	weekly	daily
<u><b>Thought</b></u> about injuring yourself without the intention to kill yourself?	0	1	2	3	4
<u><b>Actually injured</b></u> yourself, without the intention to kill yourself?	0	1	2	3	4

3. *circle "0" if not at all and circle "4" if daily.*

How often in the past <b>year</b> have you:	not at all	1 to 5 times	monthly	weekly	daily
<u><b>Thought</b></u> about taking your life (killing yourself)?	0	1	2	3	4

4. Have you ever made an actual attempt to take your life? \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ yes  
 If yes, then please indicate the number of times: in the past month: \_\_\_\_\_ in the past 6 months: \_\_\_\_\_  
 in the past year: \_\_\_\_\_ prior to one year ago: \_\_\_\_\_

5. Have you ever been treated by a doctor after injuring yourself on purpose? (e.g., stitches, wound dressings, etc.)  
 \_\_\_\_\_ no  
 \_\_\_\_\_ yes → how often did a doctor treat you in the past year for hurting yourself on purpose? \_\_\_\_\_  
 time(s)

6. Have you been kept in hospital because of hurting yourself on purpose?  
 \_\_\_\_\_ no  
 \_\_\_\_\_ yes → how many times in the past year did you stay overnight in emergency \_\_\_\_\_  
 how many times in the past year did you get admitted to a hospital unit \_\_\_\_\_

7. How old were you when you started to self-injure? \_\_\_\_\_ (years)

8. The **first time** you hurt yourself, where did you get the idea? *(please (✓) only one)*

- |  |  |
|--|--|
| _____ I <u>read</u> about it on an internet website                          | _____ I <u>read</u> about it on a Web Blog                                       |
| _____ I <u>read</u> about it in a book or magazine                           | _____ I <u>saw</u> it happen in a movie or on television                         |
| _____ I <u>saw</u> other people do it in a <u>non-hospital</u> setting       | _____ I <u>heard</u> about it from other people in a <u>non-hospital</u> setting |
| _____ I <u>heard</u> about it from other people in a <u>hospital</u> setting | _____ I <u>saw</u> other people do it in a <u>hospital</u> setting               |
| _____ it was my own idea   | _____ Other (please list) _____  |

9. *circle "0" if not at all and circle "4" if extremely*

<b>When you get the urge to hurt yourself:</b>	<b>Not at all</b>	<b>somewhat</b>	<b>extremely</b>		
The urge is distressing / upsetting	0	1	2	3	4
The urge is comforting	0	1	2	3	4
The urge is intrusive / invasive	0	1	2	3	4

10. Do you only harm yourself after taking drugs or alcohol? \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ yes

11. Do you let other people know that you harm yourself?

- |                   |                    |  |                         |
|-------------------|--------------------|--|-------------------------|
| _____ no one      | who do you tell? → | _____ friend(s)                        | _____ family member(s)  |
| _____ some people |                    | _____ psychologist/psychiatrist        | _____ family doctor     |
| _____ most people |                    | _____ other Mental Health Professional | _____ school counsellor |
|                   |                    | _____ telephone helpline               |                         |
|                   |                    | _____ other (please specify) _____     |                         |

12. What areas of your body did/do you injure?

Please (✓) all that apply and put an (X) beside the area that you most frequently injure(d).

<b>WHEN YOU FIRST STARTED</b>	<b>CURRENTLY (past month if still self-injuring)</b>																																																
✓ all that apply and (X) the most frequent area injured	✓ all that apply and (X) the most frequent area injured																																																
<table border="0"> <tr> <td>_____ scalp _____ ( )</td> <td>_____ shoulder(s) _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ eye(s) _____ ( )</td> <td>_____ abdomen _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ ear(s) _____ ( )</td> <td>_____ hips/buttocks _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ face _____ ( )</td> <td>_____ genitals _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ nose _____ ( )</td> <td>_____ rectum _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ lips _____ ( )</td> <td>_____ upper arm/elbow _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ inside mouth _____ ( )</td> <td>_____ lower arm/wrist _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ neck/throat _____ ( )</td> <td>_____ hand/fingers _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ chest _____ ( )</td> <td>_____ thigh/knee _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ breast(s) _____ ( )</td> <td>_____ lower leg/ankle _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ back _____ ( )</td> <td>_____ foot/toes _____ ( )</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____ other _____ ( )</td> </tr> </table>	_____ scalp _____ ( )	_____ shoulder(s) _____ ( )	_____ eye(s) _____ ( )	_____ abdomen _____ ( )	_____ ear(s) _____ ( )	_____ hips/buttocks _____ ( )	_____ face _____ ( )	_____ genitals _____ ( )	_____ nose _____ ( )	_____ rectum _____ ( )	_____ lips _____ ( )	_____ upper arm/elbow _____ ( )	_____ inside mouth _____ ( )	_____ lower arm/wrist _____ ( )	_____ neck/throat _____ ( )	_____ hand/fingers _____ ( )	_____ chest _____ ( )	_____ thigh/knee _____ ( )	_____ breast(s) _____ ( )	_____ lower leg/ankle _____ ( )	_____ back _____ ( )	_____ foot/toes _____ ( )		_____ other _____ ( )	<table border="0"> <tr> <td>_____ scalp _____ ( )</td> <td>_____ shoulder(s) _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ eye(s) _____ ( )</td> <td>_____ abdomen _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ ear(s) _____ ( )</td> <td>_____ hips/buttocks _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ face _____ ( )</td> <td>_____ genitals _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ nose _____ ( )</td> <td>_____ rectum _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ lips _____ ( )</td> <td>_____ upper arm/elbow _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ inside mouth _____ ( )</td> <td>_____ lower arm/wrist _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ neck/throat _____ ( )</td> <td>_____ hand/fingers _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ chest _____ ( )</td> <td>_____ thigh/knee _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ breast(s) _____ ( )</td> <td>_____ lower leg/ankle _____ ( )</td> </tr> <tr> <td>_____ back _____ ( )</td> <td>_____ foot/toes _____ ( )</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____ other _____ ( )</td> </tr> </table>	_____ scalp _____ ( )	_____ shoulder(s) _____ ( )	_____ eye(s) _____ ( )	_____ abdomen _____ ( )	_____ ear(s) _____ ( )	_____ hips/buttocks _____ ( )	_____ face _____ ( )	_____ genitals _____ ( )	_____ nose _____ ( )	_____ rectum _____ ( )	_____ lips _____ ( )	_____ upper arm/elbow _____ ( )	_____ inside mouth _____ ( )	_____ lower arm/wrist _____ ( )	_____ neck/throat _____ ( )	_____ hand/fingers _____ ( )	_____ chest _____ ( )	_____ thigh/knee _____ ( )	_____ breast(s) _____ ( )	_____ lower leg/ankle _____ ( )	_____ back _____ ( )	_____ foot/toes _____ ( )		_____ other _____ ( )
_____ scalp _____ ( )	_____ shoulder(s) _____ ( )																																																
_____ eye(s) _____ ( )	_____ abdomen _____ ( )																																																
_____ ear(s) _____ ( )	_____ hips/buttocks _____ ( )																																																
_____ face _____ ( )	_____ genitals _____ ( )																																																
_____ nose _____ ( )	_____ rectum _____ ( )																																																
_____ lips _____ ( )	_____ upper arm/elbow _____ ( )																																																
_____ inside mouth _____ ( )	_____ lower arm/wrist _____ ( )																																																
_____ neck/throat _____ ( )	_____ hand/fingers _____ ( )																																																
_____ chest _____ ( )	_____ thigh/knee _____ ( )																																																
_____ breast(s) _____ ( )	_____ lower leg/ankle _____ ( )																																																
_____ back _____ ( )	_____ foot/toes _____ ( )																																																
	_____ other _____ ( )																																																
_____ scalp _____ ( )	_____ shoulder(s) _____ ( )																																																
_____ eye(s) _____ ( )	_____ abdomen _____ ( )																																																
_____ ear(s) _____ ( )	_____ hips/buttocks _____ ( )																																																
_____ face _____ ( )	_____ genitals _____ ( )																																																
_____ nose _____ ( )	_____ rectum _____ ( )																																																
_____ lips _____ ( )	_____ upper arm/elbow _____ ( )																																																
_____ inside mouth _____ ( )	_____ lower arm/wrist _____ ( )																																																
_____ neck/throat _____ ( )	_____ hand/fingers _____ ( )																																																
_____ chest _____ ( )	_____ thigh/knee _____ ( )																																																
_____ breast(s) _____ ( )	_____ lower leg/ankle _____ ( )																																																
_____ back _____ ( )	_____ foot/toes _____ ( )																																																
	_____ other _____ ( )																																																

13. How did/do you injure yourself (without meaning to kill yourself)?  
 Please (✓) all that apply and put an (X) beside the most frequent method of self-injury.

WHEN YOU FIRST STARTED		CURRENTLY (past month if still self-injuring)	
✓ all that apply	(X) most frequent	✓ all that apply	(X) most frequent
_____ cutting_____	( )	_____ cutting_____	( )
_____ scratching_____	( )	_____ scratching_____	( )
_____ interfering with wound healing_____	( )	_____ interfering with wound healing_____	( )
_____ burning_____	( )	_____ burning_____	( )
_____ biting_____	( )	_____ biting_____	( )
_____ hitting_____	( )	_____ hitting_____	( )
_____ hair pulling_____	( )	_____ hair pulling_____	( )
_____ severe nail biting and/ or nail injuries_____	( )	_____ severe nail biting and/ or nail injuries_____	( )
_____ piercing skin with sharp pointy objects_____	( )	_____ piercing skin with sharp pointy objects_____	( )
_____ piercing of body parts_____	( )	_____ piercing of body parts_____	( )
_____ excessive use of street drugs_____	( )	_____ excessive use of street drugs_____	( )
_____ excessive use of alcohol_____	( )	_____ excessive use of alcohol_____	( )
_____ trying to break bones_____	( )	_____ trying to break bones_____	( )
_____ headbanging_____	( )	_____ headbanging_____	( )
_____ taking too much medication_____	( )	_____ taking too much medication_____	( )
_____ taking too little medication_____	( )	_____ taking too little medication_____	( )
_____ eating or drinking things that are not food_____	( )	_____ eating or drinking things that are not food_____	( )
_____ other (please list)_____	( )	_____ other (please list)_____	( )

14. Why do you think you started and if you continue, why do you still self-injure (without meaning to kill yourself)?  
 Please circle the number that best represents how much your self-injury is due to that reason.

Circle "0" if it has never been a reason that you self-injure and "4" if it has always been a reason that you self-injure.

WHY DID YOU START?		IF YOU CONTINUE WHY DO YOU CONTINUE?
	never a reason sometimes a reason always a reason	never a reason sometimes a reason always a reason
1. to release unbearable tension	0 1 2 3 4	1. to release unbearable tension 0 1 2 3 4
2. to experience a "high" that feels like a drug high	0 1 2 3 4	2. to experience a "high" that feels like a drug high 0 1 2 3 4
3. to stop my parents from being angry with me	0 1 2 3 4	3. to stop my parents from being angry with me 0 1 2 3 4
4. to stop feeling alone and empty	0 1 2 3 4	4. to stop feeling alone and empty 0 1 2 3 4
5. to get care or attention from other people	0 1 2 3 4	5. to get care or attention from other people 0 1 2 3 4
6. to punish myself	0 1 2 3 4	6. to punish myself 0 1 2 3 4
7. to provide a sense of excitement that feels exhilarating	0 1 2 3 4	7. to provide a sense of excitement that feels exhilarating 0 1 2 3 4
8. to relieve nervousness/fearfulness	0 1 2 3 4	8. to relieve nervousness/fearfulness 0 1 2 3 4

	never a reason	sometimes a reason	always a reason		never a reason	sometimes a reason	always a reason				
9. to avoid getting into trouble for something I did	0	1	2	3	4	9. to avoid getting into trouble for something I did	0	1	2	3	4
10. to distract me from unpleasant memories	0	1	2	3	4	10. to distract me from unpleasant memories	0	1	2	3	4
11. to change my body image and/or appearance	0	1	2	3	4	11. to change my body image and/or appearance	0	1	2	3	4
12. to belong to a group	0	1	2	3	4	12. to belong to a group	0	1	2	3	4
13. to release anger	0	1	2	3	4	13. to release anger	0	1	2	3	4
14. to stop my friends/boyfriend/girlfriend from being angry with me	0	1	2	3	4	14. to stop my friends/boyfriend/girlfriend from being angry with me	0	1	2	3	4
15. to show others how hurt or damaged I am	0	1	2	3	4	15. to show others how hurt or damaged I am	0	1	2	3	4
16. to show others how strong or tough I am	0	1	2	3	4	16. to show others how strong or tough I am	0	1	2	3	4
17. to help me escape from uncomfortable feelings or moods	0	1	2	3	4	17. to help me escape from uncomfortable feelings or moods	0	1	2	3	4
18. to satisfy voices inside or outside of me telling me to do it	0	1	2	3	4	18. to satisfy voices inside or outside of me telling me to do it	0	1	2	3	4
19. to experience physical pain in one area, when the other pain I feel is unbearable	0	1	2	3	4	19. to experience physical pain in one area, when the other pain I feel is unbearable	0	1	2	3	4
20. to stop people from expecting so much from me	0	1	2	3	4	20. to stop people from expecting so much from me	0	1	2	3	4
21. to relieve feelings of sadness or feeling "down"	0	1	2	3	4	21. to relieve feelings of sadness or feeling "down"	0	1	2	3	4
22. to have control in a situation where no one can influence me	0	1	2	3	4	22. to have control in a situation where no one can influence me	0	1	2	3	4
23. to stop me from thinking about ideas of killing myself	0	1	2	3	4	23. to stop me from thinking about ideas of killing myself	0	1	2	3	4
24. to stop me from acting out ideas of killing myself	0	1	2	3	4	24. to stop me from acting out ideas of killing myself	0	1	2	3	4
25. to produce a sense of being real when I feel numb and "unreal"	0	1	2	3	4	25. to produce a sense of being real when I feel numb and "unreal"	0	1	2	3	4
26. to release frustration	0	1	2	3	4	26. to release frustration	0	1	2	3	4
27. to get out of doing something that I don't want to do	0	1	2	3	4	27. to get out of doing something that I don't want to do	0	1	2	3	4
28. for no reason that I know about - it just happens sometimes	0	1	2	3	4	28. for no reason that I know about - it just happens sometimes	0	1	2	3	4
29. to prove to myself how much I can take	0	1	2	3	4	29. to prove to myself how much I can take	0	1	2	3	4
30. for sexual excitement	0	1	2	3	4	30. for sexual excitement	0	1	2	3	4
31. to diminish feeling of sexual arousal	0	1	2	3	4	31. to diminish feeling of sexual arousal	0	1	2	3	4
32.						32. I am "addicted" to doing it	0	1	2	3	4
33. other (please specify) _____	0	1	2	3	4	33. other (please specify) _____	0	1	2	3	4



15.

circle "0" if never and circle "4" if always

Do you feel relief (better) after harming yourself?	Never	sometimes			always
	0	1	2	3	4



If you feel relief, how long does the relief last  
*(please (✓) only one)*

\_\_\_\_\_ less than 1minute      \_\_\_\_\_ 1 to 5 minutes      \_\_\_\_\_ 6 to 30 minutes  
\_\_\_\_\_ 31 to 60 minutes      \_\_\_\_\_ hours      \_\_\_\_\_ days

16. If you chose any of the following reasons for continuing to self-injure, please rate their helpfulness.

Circle (0) if self-injury is not at all helpful and circle (4) if self-injury is extremely helpful at:

Self-injury is extremely helpful at:	Not at all helpful	somewhat helpful			extremely helpful
Releasing unbearable tension	0	1	2	3	4
Releasing anger	0	1	2	3	4
Releasing frustration	0	1	2	3	4
Releasing nervousness	0	1	2	3	4
Releasing feelings of sadness or feeling down	0	1	2	3	4
<b>If the reason(s) why you continue to self-injure are different than those listed above, please insert your reason on the line provided and rate it's helpfulness</b>					
Write in your reason _____	0	1	2	3	4
Write in your reason _____	0	1	2	3	4

17. Once you think about harming yourself, do you always do it?      \_\_\_\_\_ yes      \_\_\_\_\_ no

18. When you hurt yourself on purpose, on average, how much time goes by between thinking about it and doing it?  
*(Please (✓) 1 item only)*

\_\_\_\_\_ less than 1 minute      \_\_\_\_\_ over 30 minutes but less than 1 hour  
\_\_\_\_\_ 1 minute to 5 minutes      \_\_\_\_\_ hours  
\_\_\_\_\_ 6 minutes to 30 minutes      \_\_\_\_\_ days

19.  
always

circle "0" if never and circle "4" if

Do you hurt or think about hurting yourself after stressful things happen?	never	sometimes			always
	0	1	2	3	4



What kinds of stressful situation(s) typically lead to self-injury?

\_\_\_\_\_ abandonment (specify)\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ failure (specify)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ loss (specify)\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ rejection (specify)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ other(specify)\_\_\_\_\_

20.

circle "0" if never and circle "4" if always

Do you feel physical pain when you harm yourself?	never	sometimes			always
	0	1	2	3	4

21.

circle "0" if never and circle "4" if always

Since you started to self-injure, have you found that:	never	sometimes			always
a. The self-injurious behaviour occurs more often than intended?	0	1	2	3	4
b. The severity in which the self-injurious behaviour occurs has increased (e.g., deeper cuts, more extensive parts of your body)?	0	1	2	3	4
c. If the self-injurious behaviour produced an effect when started, you now need to self-injure more frequently or with greater intensity to produce the same effect?	0	1	2	3	4
d. This behaviour or thinking about it consumes a significant amount of your time (e.g., planning and thinking about it, collecting and hiding sharp objects, doing it and recovering from it)?	0	1	2	3	4
e. Despite a desire to cut down or control this behaviour, you are unable to do so?	0	1	2	3	4
f. You continue this behaviour despite recognizing that it is harmful to you physically and/or emotionally?	0	1	2	3	4
g. Important social, family, academic or recreational activities are given up or reduced because of this behaviour?	0	1	2	3	4

22. If you are trying to resist hurting yourself, what do you do instead?

*please (✓) all that apply and put an (X) beside the **most helpful** thing you do to resist hurting yourself.*

✓ all that apply	(X) the most helpful if applicable
_____ never try to resist _____	( )
_____ talk with someone	( )
_____ exercise / sports	( )
_____ reading writing, music, dance	( )
_____ watch television, play video or computer games	( )
_____ do things to relax (e.g., hot bath, yoga, deep breathing)	( )
_____ use alcohol and or street drugs	( )
_____ do anything to keep hands busy	( )
_____ other (please specify) _____	( )

23.

How <b>motivated</b> are you at this time <u>to stop self-injuring</u> ?	not at all motivated	somewhat motivated	extremely motivated
--	----------------------	--------------------	---------------------

	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

24. What treatment(s) if any, have you received with the goal of reducing and/or eliminating your self-harm?  
*(Please (✓) all items that apply)*

- I have not had treatment     I declined treatment     Self help (e.g., self-help books, internet)  
 individual therapy     school counselling     group therapy  
 family therapy     medication (please specify) \_\_\_\_\_  
 other (please specify) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

25. What treatment(s) if any, have you found the most helpful in reducing and/or eliminating your self-harm?  
*(Please (✓) all items that apply)*

- I have not had treatment     I declined treatment     Self help (e.g., self-help books, internet)  
 individual therapy     school counselling     group therapy  
 family therapy     medication (please specify) \_\_\_\_\_  
 other (please specify) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

26.

I feel that this questionnaire has fully described my experience of Self-Injury	Strongly Disagree	Somewhat Agree		Strongly Agree
	0	1	2	3

27. Is there anything else you would like to share with us regarding your self-injury behaviour?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---