

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM

2013 - 2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Denisa Petrásková

Sebedestruktivní chování mládeže

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jan Marek

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER

FULL-TIME STUDIES 2013 - 2015

MASTER THESIS

Denisa Petrášková

Self-destructive behavior of the yough

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Jan Marek

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorky

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu diplomové práce Mgr. Janu Markovi a paní Aleně Štemberové za její připomínky ke gramatické stránce textu.

Anotace

Diplomová práce udává ucelené informace o sebedestruktivním chování mládeže. Řadíme sem sebepoškozování, suicidální jednání a poruchy příjmu potravy, konkrétně mentální anorexii a mentální bulimii. Tato práce hledá pozadí těchto jevů, možné příčiny a souvislosti. Rovněž poukazuje na dopady sebedestruktivního jednání na zdraví jedince a možnost prevence a léčby. Praktická část obsahuje výsledky kvantitativního výzkumu z vybraných škol, zkoumá zkušenost dospívajících se sebevražedným a sebepoškozujícím se jednáním a sleduje výskyt narušených jídelních postojů u dívek a vnímání jejich vlastního těla.

Klíčová slova

Anorexie, adolescent, bulimie, mládež, poruchy příjmu potravy, prevence, puberta, rizikový faktor, sebepoškozování, suicidium, terapie.

Annotation

This diploma thesis provides comprehensive information about self-destructive behavior of the youth. The thesis mainly focuses on self-harm, suicidal behavior and eating disorder, particularly anorexia nervosa and bulimia nervosa. This paper studies the background of these phenomena as well as the possible causes and contexts. It also demonstrates the impacts of self-destructive behavior on the health of individuals and presents the possibility of prevention and treatment. The practical part of the thesis contains results of a quantitative research conducted at selected schools. It analyzes adolescent's experience with suicidal and self-harm behavior and monitors the occurrence of eating disorder attitudes among girls and the perception of their own body.

Key words

Adolescent, anorexia, bulimia, eating disorders, prevention, pubescence, risk factor, self-harm, suicide, therapy, youth.

ÚVOD	9
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	11
1.1 Vymezení pojmu mládež	11
1.1.1 Pubescence.....	11
1.1.2 Adolescence	13
1.2 Vymezení pojmu sociální patologie	15
2 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	17
2.1 Historie sebepoškozování	18
2.2 Asociace mezi sebepoškozováním a suicidálním chováním	19
2.3 Styl Emo	21
2.4 Výskyt a formy sebepoškozování	22
2.5 Příčiny sebepoškozování.....	24
2.6 Léčba a prevence sebepoškozování	28
3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	31
3.1 Asociace mezi poruchami příjmu potravy a sebepoškozováním.....	32
3.2 Epidemiologie a příčiny vzniku.....	33
3.3 Mentální bulimie.....	36
3.3.1 Historie mentální bulimie	38
3.3.2 Typický průběh mentální bulimie.....	39
3.4 Mentální anorexie	40
3.4.1 Historie mentální anorexie.....	42
3.4.2 Typický průběh mentální anorexie	43
3.5 Zdravotní následky spojené s mentální bulimií a mentální anorexií	44
3.6 Léčba a prevence mentální anorexie a mentální bulimie.....	46
4 SUICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ	48
4.1 Historie suicidálního chování	49
4.2 Etiologie suicidálního chování.....	50
4.3 Formy a způsoby suicidálního chování	51
4.4 Příčiny suicidálního chování.....	55
4.5 Léčba suicidálního chování	57
4.6 Prevence suicidálního chování.....	59
5 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ	61
5.1 Průzkumné hypotézy.....	61
5.2 Metody výzkumného šetření.....	61
5.3 Charakteristika výzkumného vzorku	62
5.4 Vyhodnocení dotazníkového šetření.....	63
5.5 Ověření hypotéz	82

ZÁVĚR	83
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	85
SEZNAM GRAFŮ A TABULEK.....	90
SEZNAM PŘÍLOH.....	92
PŘÍLOHY	I
PŘÍLOHA A – DOTAZNÍK POUŽITÝ PŘI PRŮZKUMU	I
PŘÍLOHA B – DATOVÁ MATICE	V

ÚVOD

„Hledání smyslu a smysluplnosti života je primárním motivem lidského chování. Tato potřeba - stejně jako jiné potřeby - může být uspokojována nebo neuspokojena.“
Abraham Maslow (Citáty slavných osobností, online, cit. 2014-12-23)

Puberta je jedno z nejbouřlivějších období lidského života. Od dospívajících se očekává zodpovědnost a nalezení směru budoucího uplatnění. Přejít mezi dětstvím a dospělostí je tak pro mladé lidi zásadním mezníkem.

Většina dospívajících díky harmonickému rodinnému zázemí a fungujícím vrstevnickým vztahům tuto fázi úspěšně zvládne. Bohužel, jsou i tací, kterým neočekávané emoce a stresové situace podlomí kolena. Tato skupina tvoří nejrizikovější skupinu z pohledu sebedestruktivního chování, kterému se v užším smyslu věnuje tato práce.

Téma ke zpracování diplomové práce jsem si vybrala především proto, že mě samotné zajímá pozadí aktuálních a nepochopitelných patologických jevů, které jsou pro skupinu mladistvých typické.

Dospělí si často myslí, že teenager nemá „nic na práci“, nemusí vydělávat peníze, a tudíž se mu problémy vyhýbají. Opak je však pravdou. V tomto období se objevuje chování, které působí sebedestruktivně. Je důležité si ho všimnout nejen kvůli samotnému ohrožení, kterému je mladý člověk vystaven, ale zejména kvůli pozdějšímu vývoji, který může ohrozit jeho život. Zejména u dívek můžeme pozorovat nezdravé experimentování s jídlem. Ženská postava nabírá v období dospívání oblejších tvarů a pro některé z nich je těžké akceptovat tuto změnu jako sobě vlastní. Mohou se cítit oplácané a srovnávají se s idoly z módních časopisů. Chtějí si udržet svůj prepubertální vzhled, a tak se začnou vyhýbat kalorickým potravinám, upínají se na dietnější stravu a cvičení. Pomalu ale jistě se jídlo může stát posedlostí, která se snadno vyvine v poruchu příjmu potravy.

Dalším negativním jevem na sebepojetí osobnosti, který se v poslední době objevuje čím dál častěji, je fenomén sebepoškozování. Pomocí řezání a pálení svého těla si mohou mladí lidé přivodit vážné zdravotní následky, v extrémních případech toto experimentování končí smrtí dítěte. Destruktivním chováním řeší náctiletí své dlouhodobé problémy, poslední dobou se však z tohoto nebezpečného jednání stává spíše módní trend. Ve své

práci se zaměřuji na sebepoškozování, a to v povrchové formě, která je často k vidění u dětí a adolescentů, aniž by musela být projevem psychiatrické poruchy.

Bezvýchodné situace řeší mladiství také suicidálním jednáním. Některé pokusy o sebevraždu jsou pouhým voláním o pomoc, děti na sebe chtějí z různých důvodů upozornit a neznají jiné lepší řešení.

Teoretická část práce má za cíl shrnout současné stěžejní poznatky nejčastějších zmíněných patologických jevů a najít propojení mezi nimi. Dále se práce zmiňuje o možnosti preventivního působení a možné léčby.

Většina lidí sama vyzkoušela takové chování, které jim do jisté míry způsobilo zdravotní potíže nebo psychickou újmu. Můžeme sice pít alkohol, jíst nezdravé a kalorické pochutiny, kouřit tabák, apod., ale toto „nezdravé nebo rizikové chování“ není považováno za sebepoškozování, neboť tak nečiníme z úmyslu škodit sama sobě, ale naopak si chceme dopřát jistého potěšení.

Vysvětlit mechanismy sebedestruktivního chování je obtížné, neboť ho zapříčiňují různorodé vlivy - vnitřní faktory, ale v silné míře i faktory umístěné mimo samotnou osobnost. Řada výzkumníků se shoduje, že v pozadí úmyslného sebepoškozování, jídelní patologie a sebevražd, leží traumatická zkušenost a jiné stresující události. Je na místě apelovat na odpovědnost společnosti a zejména rodičů, neboť to jsou hlavní činitelé, které dospívající individua ovlivňují.

V praktické části se kvantitativní výzkum zaměřuje na zkušenosti mladistvých se sebedestruktivními jevy, které lze v této věkové skupině předpokládat. Sebepoškozování, sebevražedné chování i nevhodné jídelní návyky mohou mít devastující následky pro další vývoj jedince. Cílem výzkumu je také popsat propojení mezi suicidálním chováním, sebepoškozováním, neboť tyto jevy spolu úzce souvisejí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.1 Vymezení pojmu mládež

Podle sociologického slovníku nelze mládež jednoznačně věkově ohraničit. V literatuře se pojem mládež často střídá s pojmy jako je adolescence, pubescence a dospívání. Také se rozšířil pojem teenager¹. Označení „adolescenti“ je typické spíše pro oblast psychologie, kde označuje vývojového období, naopak širší pojem „mládež“ je používán více v sociologii a pedagogice a vztahuje se na označení skupiny.

Z pohledu zákona č. 218/2003 o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže je *„mladistvým ten, kdo v době spáchání provinění dovršil patnáctý rok a nepřekročil osmnáctý rok svého věku.“*

Macek (1999, s. 11-12) termín mládež charakterizuje jako období mezi dětstvím a dospělostí, vidí ho jako mládí i dospívání současně a rozděluje ho stejně jako vývojové psychologie, na pubescenci a adolescenci.

1.1.1 Pubescence

Pubescence je přechodným obdobím mezi dětstvím a dospělostí. Je vymezena roky přibližně 12-16 let. Z biologického hlediska dochází k fázi pohlavního dospívání. Sociálním mezníkem je ukončení základní školní docházky a volby budoucího povolání či pokračování studia na střední či vysoké škole. Dospívající zažívají řadu dramatických změn, které doprovází emoční nevyváženost. Teenager začíná se sebehodnocením, klade si otázky, kdo vlastně je a kým by chtěl být. Pubescent se zaměřuje na své pocity, prožitky, myšlenky a objevuje tak svůj vnitřní svět. Projevy pubescence v chování se však individuálně liší v kvalitě, tak i v její intenzitě. (Tamtéž, s. 12)

¹ mladý člověk ve věku 13-19 let

Pubescent se vypořádává s přijetím sebe sama, jeho tělesná i psychická stránka prodělávají významné změny. Objevuje se vývoj prsů u dívek, nástup menstruačního cyklu, pubické ochlupení, růst penisu u chlapců, chlapské tělo mohutní. Růstový spurt je úzce spojen s procesem sexuálního zrání. (Kocourková, 1997, s. 68) Pokud tělesné zrání předběhne zrání psychické, nemusí je pubescent vždy kladně přijímat. Zejména u dívek jsou předčasné tělesné změny nápadnější. U pubescentů vzrůstá význam vlastní vzhledu, s nímž není vždy spokojen a je zvýšeně sebekritický, touží vypadat lépe, chtějí být pro ostatní atraktivními. (Skorunková, 2007, s. 49-51)

Proměny hormonálních funkcí v dospívání se projevují ve změně prožívání a ve zvýšené kolísavosti emočního ladění. Pubescent ztrácí bývalou citovou jistotu a stabilitu, je více v napětí, jeho emoční reakce jsou nápadnější a zdají se být ve vztahu k vyvolávajícím podnětům méně přiměřené. Změna emočního prožívání se navenek projevuje větší impulzivitou a nedostatkem sebeovládání. Nízká frustrační tolerance, přecitlivělost a proměnlivost nálad pak v mezilidských vztazích přispívá ke vzniku konfliktů. (Tamtéž, s. 50)

U dospívající se rozvíjí abstraktní myšlení. Pubescenti již uvažují o své vlastní budoucnosti, kladou si cíle do budoucna. Dospívající mají sklon polemizovat, mají sklony vše kritizovat, jsou radikální a neochotní ke kompromisům. Dále můžeme pozorovat vztahovačnost, přecitlivělost na reakce druhých, typická je také citová uzavřenost, ubývá dětské otevřenosti.

Ve vztahu k dospělým pubescenti odmítají podřízenou roli, nejsou ochotní přijmout nadřazenost autorit. Důležitým vývojovým mezníkem je pomalé odpoutávání se od primární rodiny, kde dochází také k proměně vztahu k rodičům, potomek touží po větší svobodě a nezávislosti na nich, chce získat větší svobodu v rozhodování. Objevuje se pubescentní negativismus, dospívající často prosazuje opačný názor než rodiče a další dospělí.

Ve fázi pubescence mají čím dál větší význam vrstevníci, kteří mají podobné problémy, postoje a pocity. Příslušnost k vrstevnické skupině se projevuje konformitou k jejím normám. Pubescent se může ocitnout v konfliktu dvou rolí, pokud jsou požadavky vrstevnické party neslučitelné s nároky rodičů. Potřebu přátelství později v adolescenci do jisté míry nahradí hlubší partnerský vztah. Už v pubertě se objevuje první, obvykle

platonická, zamilovanost. V oblasti sexu jsou dospívající spíše zvědaví a vyhledávají si informace týkající se sexu, někteří již experimentují v sexuálních vztazích. Normálním projevem jsou též autosexuální zkušenosti. (Skorunková, 2007, s. 49-51)

1.1.2 Adolescence

Adolescence, druhá fáze dospívání, volně navazuje na období pubescence a končí dospělostí, kolem 20. (resp. 22.)² roku života.

Tělesný vývoj adolescenta se fyzicky vyrovnává s dospělým. Zejména chlapecká figura mužní a získává proporce muže, dívčí postava se zaobluje do ženských tvarů. U osmnáctiletých chlapců dosahuje svého maxima produkce hormonu testosteronu a způsobuje tak intenzivní zájem o sexuální aktivity. Součástí je rozvoj mužské a ženské role a navazování intimnějších a dlouhodobějších partnerských vztahů. Významná je také sexuální zkušenost. První zážitek erotického charakteru mají lidé kolem 14ti až 16ti lety, průměrný věk prvního pohlavního styku je kolem 17. roku. Pro mnohé není snadným úkolem přijetí mužské či ženské role a plnění sexuální úlohy. Pro adolescenta má taktéž značný význam jeho tělo a zevnějšek jako v předchozím období.

Adolescence je přechodné období přípravy na dospělost, které poskytuje dospívajícímu možnost dosáhnout předpokladů stát se dospělým ve všech oblastech, které po něm společnost vyžaduje. Přitom tempo biologického, psychického a sociálního vývoje může být rozdílné. Dnes se v naší společnosti dosažení sociální zralosti odkládá do vyššího věku, neboť délka studia prodlužuje dobu závislosti studenta na jeho původní rodině. (Skorunková, 2007, s. 52-53)

V této fázi se dotváří celková osobní identita, adolescent zná své vlastnosti, je schopen realistického sebehodnocení a sebeoceňování. Chce získat odpověď na otázku kdo je, kam patří, kam směřuje, v čem je smysl jeho života. Z budování vlastní identity vyplývají problémy, které jsou spojovány s pojmem tzv. adolescentní krize. Neúspěch ve vytváření identity má za následek neschopnosti systematicky směřovat k nějakému cíli. (Hort, 2008, s 38 - 39)

² Je obtížné vymezit horní hranici mládí z důvodu prodlužování přípravy na budoucí zaměstnání.

Styl myšlení se v této vývojové fázi zdokonaluje, formální logické operace zvládá dospívající lépe než v předchozí etapě pubescence. Ve vývoji rozumových schopností se dostává na vrchol fluidní inteligence, tj. schopnosti nalézat nová řešení logických problémů. (Skorunková, 2007, s. 52)

Pro ukončení adolescence je důležité dosažení psychologické autonomie a přijetí role dospělého člověka. *„Adolescence je jakési přechodné období, které člověku slouží k urovnání vlastních hodnot, postojů a cílů, aby následně dokázal dobře nakládat se dvěma základními atributy dospělosti – se svobodou a odpovědností.“* (Ptáček, Kuželová, online, cit. 2014-12-30)

Dále se očekává výběr přiměřeného studijního oboru nebo pracovního místa. Na úspěchu začlenění se podílí jednak inteligence, ale také motivace, schopnost akceptovat sociální normy a schopnost snášet neúspěch. Neméně důležitým úkolem pro období adolescence je spolupráce s druhými lidmi a přijetí určitých norem a ideálů. Jelikož je plnění všech výše zmíněných bodů obtížné, selhávání v jejich plnění může v dospívajícím vyvolávat pochybnosti o sobě samém a může být výrazným rizikem sebedestruktivního jednání. (Hýbnerová, 2007, s. 80)

Determinanty autodestruktivního chování v náročném období dospívání můžeme hledat na straně jedince, jeho rodiny i sociokulturního prostředí. Vývoj adaptačního chování dítěte závisí zejména na interakci vnitřních a vnějších faktorů a vlivů. Na straně osobnosti dospívajícího je to typ temperamentu, kvůli kterému je v průběhu vývoje méně přizpůsobivý, a povahovým rysům, jako jsou zvýšená senzitivita, narcistické problémy a snížená sebekontrola. Dále hrají roli různé psychosomatické potíže. V sociálním prostředí přispívá k sebedestruktivnímu chování zejména špatné rodinné zázemí, zneužívání, zanedbávání a týrání dítěte. V důsledku citové deprivace z dětí snáze vyrostou zranitelné a nevyzrálé bytosti, které vnitřní prázdnotu lehce nahradí nenávisť proti sobě samému. Nemalý podíl na rozvoji autodestruktivního chování mají také další subjekty, se kterými se teenageři běžně setkávají. Jsou jimi disociální party, nevhodné školní prostředí a negativní mediální vlivy a vzory. (Koutek, Kocourková, online, cit. 2014-12-12)

Adaptabilní řešení vývojových úkolů tohoto období jsou závislá na předešlém vývojovém procesu, dřívějších zkušenostech a na tom, jakým způsobem na pubertální změny reagují rodiče.

1.2 Vymezení pojmu sociální patologie

Autorem tohoto odvětví v sociologii je významný anglický filosof a sociolog Herbert Spenser. Podle Vykopalové (2002, s. 9) je sociální patologie „*označením pro všechny nenormální nebo všeobecně nežádoucí společenské jevy. Jsou sem zahrnovány všechny sankciované normy a podoby deviantního chování a studium příčin jejich vzniku.*“

„*Jde o souhrnné označení nezdravých, abnormálních a obecně nežádoucích společenských jevů. Na studiu a popisu těchto jevů se podílí řada vědních disciplín, zejména sociologie, psychologie, medicína, etopedie a další. Jednotlivé vědní disciplíny se zabývají studiem a rozbořením příčin a faktorů, které vedly ke vzniku konkrétních sociálně patologických jevů. Také se zabývají analýzou zdrojů a příčin, které umožňují jejich existenci ve společnosti. Dále také stanovují a aplikují preventivní a korektivní doporučení a postupy, jejichž společným cílem je obecně jejich eliminace.*“ (Fischer, Škoda, 2009, s. 14)

Definice podle Havlíka (in Sochůrek, 2009, s. 8) zní: „*Závažné odchylky od chování, které je pokládáno za "normální", tj. které je v souladu se schválenými normami, je běžné, pro většinu typické. Jde o takové porušování normy, které překračuje určité formálně stanovené nebo neformálně sdílené "hranice", za nimiž jsou již odchylky vnímány jako ohrožující, pobuřující, neúnosné apod. a nejsou tolerovány.*“

Stanovit však to, co je normální, je často velmi obtížné, protože pojetí normality se v průběhu společenského vývoje mění a posouvá. To, co bylo pokládáno za patologické před sto lety, dnes již platit nemusí.

Pokud má společnost fungovat, mělo by být chování jejích členů kontrolováno, a proto se zavádí jisté mechanismy, kterými její členy přinutí pravidla dodržovat. Jsou to především mechanismy vnitřní, kdy člověk kontroluje sám sebe pomocí vlastních názorů či přesvědčení, nebo vnější, kdy je aktér kontrolován okolím, nejčastěji pomocí odměn a trestů. Člověk se stává pro okolí buď konformní (stanovená pravidla dodržuje) nebo deviantní (pravidla porušuje). Deviantní jedinec je považován za nemorálního a nebezpečného. (Mühlpachr, 2002, s. 7)

V žádné společnosti však neexistuje norma, kterou by lidé striktně dodržovali, a proto je společnost k drobným anomáliím v různé míře shovívavá. Ochota tolerovat

chování, které vybočuje z obecně přijatelné normy, se nazývá toleranční limit. Ten se, stejně jako samotné normy v rámci sociokulturního a historického vývoje, posouvá a proměňuje. Jako příklad můžeme uvést vývoj v chápání homosexuality. (Sochůrek, 2009, s. 13)

Výraz sociální patologie je často mylně používán jako synonymum pro výraz sociální deviace. Zatímco jsou patologické jevy pro společnost vždy nežádoucí, v případě deviantních jevů to však pokaždé platit nemusí. Sociální deviací je míněno jakékoliv vybočení z normy, ale i extrémní postoje a chování, např. alkoholismus nebo naopak přísná prohibice. (Fischer, Škoda, 2009, s. 14-15)

2 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Přesná definice sebepoškození je nesnadná, stále chybí pevně stanovená mezinárodně uznávaná definice. Termín sebepoškození je třeba úzce vymezit, neboť za sebepoškození lze v širším slova smyslu označit některé zlovyky, jako je kouření tabáku či zneužívání návykových látek. Za patologické sebepoškození se nepovažují takové zásahy do těla, které jsou v dané společnosti tolerované, např. zkrášlení těla pomocí náušnice či tetování v západoevropské kultuře.

Sebepoškození se stalo fenoménem, který na první pohled překračuje hranice běžného lidského chápání. V posledních dostal přezdívku „nová patologie společnosti“, jeho nárůst v 21. století vzrostl až o 250 %. Toto vysoké číslo významně souvisí s tzv. impulzivním typem sebepoškození, kterému je věnována podstatná část textu; ostatní typy se objevují u psychiatrických chorob. Impulzivní sebepoškození se typicky poprvé objevuje během dospívání. Má funkci seberegulačního mechanismu při velké emoční zátěži. U běžné adolescentní populace je v současné době udáván výskyt mezi 14–39 %, u klinické adolescentní populace dokonce mezi 40–61 %. U dospělých se udává prevalence podstatně nižší. (Ryšánková, online, cit. 2015-02-02)

Definice Armandy R. Favazzy definuje tento sebedestruktivní akt jako „*záměrné sebepoškození jako přímou a záměrnou destrukci nebo poškození vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního záměru.*“ (in Kriegelová, 2008, s. 17) Většina autorů se shoduje na několika klíčových tendencích - jedinec záměrně a cíleně poškozuje své tělo, které však nevede k evidentnímu ohrožení života.

„*Sebepoškození není o ukončení života, ale o zmírnění psychického stresu. Je často sice sebedestruktivním, ale podivně funkčním adaptačním mechanismem.*“ (Ryšánková, online, cit. 2015-02-02)

Sebepoškození se v psychiatrii označuje jako „*komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky a které lze nejlépe chápat jako maladaptivní odpověď na akutní a 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.*“ (Platznerová, 2009, s. 11)

Vágnerová (2004, s. 240) uvádí, že sebepoškozování „*může sloužit jako prostředek k uvolnění tenze, upoutání pozornosti, jako patologicky náhradní zdroj chybějící stimulace, někdy bývá signálem poruchy osobnosti, ale může být i radikálním pokusem, jak dosáhnout požadovaných úlev.*“

Metody sebepoškozování můžeme rozdělit do dvou skupin: sebetrávení, kdy člověk zneužívá léků, drog, alkoholu či jiných nepoživatelných substancí, a dále sebezraňování, které představuje pořezání, popálení, apod. (in Kriegelová, 2008, s. 17).

Automutilace představuje sebepoškození nejčastěji zapříčinené psychotickou poruchou a také může mít symbolický význam. „*Příkladem je automutilace zaměřená proti části těla (např. ruce, genitáliím, očím, jazyku) symbolicky vyjadřující patologické pocity viny a sebepotrestání při těžké depresi. Bizarní automutilace se mohou vyskytnout u pacientů trpících schizofrenním onemocněním. Automutilace se může také vyskytnout jako vedlejší produkt neobvyklých sexuálních praktik sadomasochistického charakteru nebo u osob s poruchami osobnosti v zátěžových situacích, jako je např. trestní stíhání, pobyt ve vězení, nedobrovolná hospitalizace, a může mít účelový charakter.*“ (Kocourková, Koutek, 2007, s. 73)

2.1 Historie sebepoškozování

Historie sebepoškozování sahá do biblických dob, kdy Ježíš narazil na démonem posedlého člověka, který sám sebe řezal kameny a následně byl vyléčen pomocí vymítání ďábla. Pozdější informace o sebepoškozování se objevily kolem 15. století. Poškození sebe sama bylo součástí náboženského rituálu – aby se lidé skrz utrpení dostali blíže k Bohu. Tato praxe se stále používá i v dnešní době, a to zejména v době kolem Velikonoc, v zemích, jako je Španělsko a Filipíny.

V klinické praxi bylo sebepoškozování uznáno jako symptom hraničních poruch osobnosti³, nicméně sebepoškozování může také existovat samo o sobě nebo v kombinaci s jinými duševními poruchami. (Self mutilation, online, cit. 2015-01-17)

³ duševní porucha charakterizována těžkou emoční nestabilitou

Teprve v roce 1933 vyšla případová studie L. E. Emersona, kde se nachází první zmínka o problematice sebepoškození. Následovalo několik odborných děl s tematikou sebedestrukce; autoři od sebe nerozlišovali záměrné sebepoškození a suicidální jednání. Tato tematika byla u nás i v zahraničí jakýmsi tabuizovaným jevem až do roku 1987, kdy vyšla první publikace o sebepoškození Armanda R. Favazzy. Ten v roce 1998 prohlásil: *„Je to stejné, jako to bylo s anorexií před dvaceti lety. Všichni si mysleli, že sebepoškození se příliš často nevyskytuje. Bylo hodně podceňováno. Ale stejně tak jako se vyrojila spousta pacientů, když anorexie získala pozornost veřejnosti, tak teď přicházejí pacienti se záměrným sebepoškozením.“* (in Kriegelová, 2008, s. 10)

Sebepoškození a sebedestruktivní chování mělo různé označení a rozlišovaly se nepatrné náznaky zranění až po život ohrožující projevy. Názvy „částečné suicidium“, „antisuicidium“, „parasuicidium“, „preudosuicidium“ a „úmyslné sebepoškození bez fatálního konce“ se neujaly. Začátkem nového tisíciletí se užívá název sebepoškozující chování, v posledních desetiletích se samostatně diagnostikovatelná duševní porucha doplnila o název „záměrné sebepoškozující chování“⁴ (deliberate self harm syndrom). Favazza (1996) název „záměrné“ zpochybňuje, neboť podle něj existují případy, kdy se nad vědomým záměrem poškodit se, může spekulovat. Světová zdravotnická organizace (WHO, 2004) a další autoři pojem „záměrné sebepoškození“ nadále využívají, naopak Kation Health Service ve Velké Británii akceptuje pouze „sebepoškození“. (Malá, 2007, s. 10-11)

2.2 Asociace mezi sebepoškozením a suicidálním chováním

V odborné literatuře nalezneme dva odlišné pohledy na sebepoškození. První z nich odděluje sebepoškozující jednání od jednání suicidálního. Podle autorů tohoto tvrzení způsoby sebepoškození nemají letální dopad a k sebepoškození dochází opakovaně. Cílem pro sebetrýznitele není skončit život, ale naopak je mu přisuzován záměr cítit se lépe a zůstat naživu. Hlavní odlišnost mezi suicidálním chováním

⁴ V této práci bude nejčastěji používán termín sebepoškození, s výjimkou některých citací, kde bude použito termínu v souladu s preferencí autora.

a záměrným sebepoškozováním je míra letality. (Platznerová, 2009, s. 17, Kriegelová, 2008, s. 97)

Druhý názor odborníků sleduje autodestruktivní chování jako celek a vnímá sebepoškozování a sebevražedné chování v jistém propojeném vztahu (např. u sebepoškozujících se osob je větší riziko, že se pokusí o suicidium, neboť přibližně 55–85 % lidí, kteří se sebepoškozují, uskuteční alespoň jeden sebevražedný pokus). Odlišit sebepoškozování a suicidální jednání není v klinické praxi snadný úkol.

U sebepoškozujících se tedy objevuje větší riziko suicidálního chování díky následujícím charakteristikám:

- jsou depresivní a trápí je pocity beznaděje,
- mají suicidální myšlenky,
- jsou agresivnější,
- podceňují riziko autodestruktivního chování. (Kocourkova, Koutek, 2007, s. 76-77)

Termín sebepoškozování nalezneme v desáté revizi mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 v kategorii „externí příčiny úmrtnosti“. I zde nacházíme nejasnou rozdílnost mezi sebepoškozením a suicidálním chováním. Podobný problém řeší i Platznerová (2009, s. 17): *„Zahrnutí či nezahrnutí sebevražedného chování do skupiny sebepoškozujících aktivit není jen otázkou terminologie, důležitější je, že odčlenění sebevražedných činů od sebepoškozujících aktů reflektuje dnešní úroveň vědomostí i rozdíly v etiologii a patogenezi, vývoji či prognóze těchto dvou patologických syndromů (...).“*

Riziko dokonaného suicidia je u poškozujících se jedinců několikrát vyšší než v běžné populaci. Jedinec nemusí odhadnout míru poškození a dojde k nechtěnému úmrtí. Důvodem může být i ignorace okolí jedince, který se cítí natolik odstrčen, že v zoufalství spáchá sebevraždu. Až polovina jedinců, která ve Velké Británii spáchá sebevraždu, měla zkušenosti se sebepoškozováním. (Kriegelová, 2008, s. 98)

V diplomové práci tedy poukážeme na fakt, že mezi sebepoškozováním a sebevražedným pokusem existuje zřejmá souvislost, nicméně tyto pojmy nebudeme zaměňovat a budeme je od sebe oddělovat.

2.3 Styl Emo

Emo styl (odvozené od substantiva emotivní) lze chápat jako současnou kulturu mládeže, jež je považován za odnož hudebního stylu gothic rocku. Z počátku byl spjat s hudební scénou v USA, který se posléze rychle uchytí i v Evropě a nyní je celosvětovým fenoménem. Emo hudba je melancholická a slouží jako prostředek k zamyšlení. Představitelé emo subkultury jsou melancholičtí, přecitlivělí a skeptičtí vůči sobě i ostatním. Pro tento styl jsou charakteristické rovné dlouhé vlasy s patkou do očí, piercing, tetování, silný oční make-up, rovné kalhoty a oblečení v černé barvě. Časté jsou profily na online serverech (blogy), pomocí kterých si dospívající vytváří virtuální vazby nebo zde sdílejí své emocionální zážitky. (Smolík, 2010, s. 231-233)

„Bylo zjištěno, že reálné i virtuální prostředí může mít významný vliv na vznik sebepoškozujícího jednání u adolescentů, jeho charakter a prožívání. Obě dvě sféry mohou být prostředníky pro šíření povědomí o sebepoškozování, potažmo zdrojem šíření sebepoškozování samotného. (...) Zdá se, že adolescenti projevují o téma sebepoškozování v současné době zvýšený zájem. Je také zajímavé, že toto téma často zmiňují v podobě článků právě na blogu, který je otevřenou výpovědí, již si může kdokoliv přečíst. Z četby mnohých blogů je jasné, že se nejedná o pouhé zaujetí problematikou a potřebu se na svém blogu podělit o obecné informace. Z příspěvků nebo komentářů pod nimi se můžeme často dočíst, že autor/ka daného blogu má se sebepoškozováním osobní zkušenost, ať už to prezentuje jako problém, či nikoli“ (Černá, Šmahel, online, cit. 2014-12-19)

Existuje soupis několika desítek pravidel „jak být emo“, která lze na internetu najít. Jedno z nich přímo nabádá k sebepoškozování a k pokusu o sebevraždu. Pravidla ale představitelé emo mají za podvrh a distancují se od nich. Tato medializovaná pravidla byla napsaná s úmyslem zesměšnit zmiňovanou subkulturu mládeže; nicméně se tyto dezinformace (např. pořezávání zápěstí je chápáno jako nedílná součást této kultury) ve společnosti značně rozšířily. Jaký je skutečný vztah mezi Emo a sebepoškozováním, dosud nebylo podrobněji zkoumáno. Ač výčet zásad myslel autor jako vtip, problém může nastat v případech, berou-li zoufalí náctiletí tato slova vážně.

Subkultura emo podle výzkumných pracovníků Pražské vysoké školy psychosociálních studií funguje jako svépomocná terapeutická skupina a není pravdou, že

nutí děti k sebepoškození. Z velké části jde spíše o image. Nezanedbatelný vliv přitom mají konkrétní módní oděvy a doplňky⁵, které své nositele jasně zařazují do subkultury emo. Inspirací jsou např. interpreti oblíbených emo kapel. Z komerčního hlediska tedy představuje tento styl zajímavou spotřebitelskou skupinu.

Sebeпоškození je mezi všemi adolescenty poměrně rozšířeným jevem bez ohledu na to, zda se mladiství řadí nebo neřadí k subkultuře emo. Ne každý emář přemýšlí o sebevraždě a sebeпоškození. Na druhé straně je hlavním zdrojem informací o tomto nešťastném způsobu řešení problémů všudypřítomný internet a texty písní známých emo kapel. (Křížková, online, cit. 2014-12-08)

2.4 Výskyt a formy sebeпоškození

Děti před 12. rokem si ubližují jen vzácně, počátek sebezraňování začíná kolem 14. a 15. věku a může trvat i několik let. V období adolescence je výskyt sebeпоškození nejvyšší. Je publikováno, že mladé ženy se poškozují 4x častěji než chlapci. Sebetrávení je jedna z nejčastějších příčin hospitalizace v dospívání. (Fox, Hawton, 2004, s. 14)

„Frekvence záměrného sebeпоškození se liší od několika epizod denně, přes jednu nebo dvě epizody za měsíc, až po například tři epizody za posledních šest měsíců. Někteří jedinci udávají, že se poškozují pravidelně, jiní jen zřídka a další hodnotí, že poškození přijde v návalech jen jednou za několik let. Nejčastější frekvence je ovšem dvakrát až třikrát týdně.“ (Kriegelová, 2008, s. 118)

Suttonová (in telefon 5,4) ve své recentní studii zjistila velmi vysoká čísla – 30 % jedinců se sebeпоškozovalo méně než pět let, 24 % po dobu 5-10 let, 19 % kolem 10-20 let, 27 % více jak 20 let.

Ve studii 6020 britských adolescentů ve věku 15 a 16 let přiznalo sebeпоškození celých 7 % dotazovaných, jen 12,6 % bylo ošetřeno v nemocnici. Ve studii hospitalizovaných dospívajících sebeпоškozujících pacientů byl průměrný věk počátku tohoto chování u dívek 12 let, u chlapců 15 let. (Malá, 2007, s. 12)

⁵ Např. typické pro emo styl jsou tenisky Converse vyráběné firmou Converse Rubber Shoe Company založenou již v roce 1908.

Mladí lidé si mnohdy nejsou schopni vybavit okamžik, kdy se sebepoškozováním začali a jak se o něm dozvěděli. Někteří autoři jsou přesvědčeni o fenoménu napodobování, adolescenti se učí jeden od druhého, inspirují se i v médiích a v populární hudbě. Mnoho jedinců sebepoškozování objevilo spontánně, další na sebepoškozování narazilo náhodou – nešťastně se popálili a cítili přitom jistý pocit uvolnění. Další teenagři si nechali své tělo zkrášlit pomocí piercingu či tetování a příjemné pocity je přivedly k pokusům na vlastním těle. (Kriegelová, 2008, s. 116-117)

„Na subjektivní důvody sebezraňování se 243 respondentů dotazovali v roce 2003 Warm, Murray a Fox a jejich zjištění odpovídá výsledkům jiných podobných studií i klinických zkušeností. 96,7 % dotazovaných uvádí potřebu vyjádření psychické bolesti, 89,6 % způsob, jak vyjádřit hněv, 87,6 % způsob k udržení sebekontroly. Jde tedy o obranný mechanismus. Většina z respondentů nezatrhla mezi nabízenými variantami cestu k upoutání pozornosti, v literatuře se podíl takto motivovaných udává kolem 4 %.“ (Ryšánková, online, cit. 2015-02-02)

„Mechanismus úlevy vázaný na akt sebepoškození patří mezi důležité faktory posilující a zpevňující toto chování, a to i přesto, že trvání pocitu úlevy je jen krátkodobé. Více než polovina pacientů pak popisuje následné zklamání, zahanbení a vinu.“ (Malá, 2007, s. 14)

Způsoby sebezranění těla jsou velmi rozmanité a záleží pouze na fantazii jedince, neboť lze v podstatě uskutečnit vše, co ho napadne. Povrchové poškození se týká kterékoli části těla, nejvíce jsou postižené ruce, stehna a žaludek. Nejčastěji pozorujeme ranky povrchního charakteru jako je sebeřezání, pálení kůže, sebeopařování, škrábání, sebekousání, drásání hojících se ran, dále vytrhávání řas, vlasů a obočí, požití nejedlé látky apod.

Zatím není žádný formalizovaný systém pro klasifikaci podtypů sebepoškozování; nicméně panuje všeobecná shoda mezi lékaři, že chování lze rozdělit na stupnici od mírnější formy sebepoškozování k závažnému sebepoškozování.

Rozsáhlost poškození rozčleňujeme na tři kategorie:

- *„Závažná automutilace – Nejextrémnější a nejméně častá forma sebepoškozování. Jde o zřídka uváděný akt ublížení si na zdraví, při kterém je poškozen velký objem tkáně (kastrace, amputace končetiny atd.). Často vede*

k trvalému mrzačení a je nejčastěji spojená s psychotickými stavy a akutními intoxikacemi.

- *Stereotypní automutilace – Fixované, často rytmické vzorce chování, jako bušení hlavou nejčastěji, stlačování očních bulv, kousání prstů nebo paží. Lze ho nejčastěji vidět u institucionalizovaných mentálně retardovaných lidí (...)*
- *Povrchová nebo mírná automutilace – sebepoškození v užším slova smyslu (...), Výsledkem nebývá závažnější poškození tkání a málokdy je poškození fatální. Jde o nejčastější formu poškození.“ (Platznerová, 2009, s. 19)*
Posledním bodem se zabývá i tato práce.

2.5 Příčiny sebepoškození

Nejčastější důvody, které vedou k sebepoškození v dospívání:

- Vyjádření duševních emocí – vnitřní bolest, strach, hněv a úzkost neumějí mladiství vyjádřit jiným způsobem.
- Potrestání – symbolický pokus potrestání sebe sama za špatné chování.
- Traumatická událost – kvůli zneužívání či zažitému traumatu si dospívající přehrávají tyto zážitky ve snaze se s nimi vypořádat. Ryšánková (online, cit. 2015-02-02) konstatuje, že zkušenost v podobě akutního či chronického traumatu může vést k velmi podobným poruchám kontroly impulzů, především k problematickému zvládnutí agrese a sebestrukce v této situaci slouží jako zdroj uklidnění. Dospívající může být vystaven i dlouhodobému traumatizujícímu vlivu např. alkoholizmu v rodině, psychického zanedbávání či násilí nebo být svědkem hádky mezi rodiči. Podobným způsobem působí ztráta rodiče (úmrtí, rozvod).
- Náhrada špatných pocitů za pozitivní – sebepoškozením se produkují endorfiny, které vyvolají pocity blaženosti.
- Potřeba kontaktu s vrstevníky – pokud chybí stabilní pocit vlastní identity, mohou skrze sebepoškození navázat kontakt s jinými, se kterými se ztotožňují.

- Bolest namísto letargie – nedostatek vlastních pocitů a kontaktů s jinými lidmi vyvolá v jedinci potřebu „existovat“, fyzická bolest jim přináší jistý dojem „žít“.
- Porucha biochemické rovnováhy – jedná se o fyziologický důvod sebepoškození, kdy je narušena chemická rovnováha, při této situaci je nutný zásah lékaře. (Townsend, 2009, s. 205-206)

Podobně rizikové skupiny ohrožené sebepoškozením rozděluje Fischer a Škoda (2009, s. 85) na čtyři skupiny:

- Osoby pohlavně zneužívané, tělesně či sexuálně týrané, které mívají problematický vztah ke svému tělu. Vlastní tělo vnímají jako poskvrněné a špinavé, které odmítají a sebepoškození je bráno jako trestání.
- Ženy - mají větší sklon k sebeobviňování a problémy berou osobněji, než muži.
- Mladí lidé - nemají zkušenosti se strategií řešit problémy a překonávání překážek. Způsobují si rány převážně na místech, kde vědí, že je nemohou ohrozit na životě. V některých subkulturách lze uvažovat i o vlivu módních trendů či náboženských faktorů.
- Osoby s duševními poruchami.

Spouštěčem sebepoškození také hraje významnou roli precipující událost (nejčastěji ztráta vazby s blízkým člověkem) a která podněcuje rozvoj pocitu bezmoci a vzteku. Spouštěcími mechanismy jsou tedy úzkost, smutek a agresivní tendence. Mohou přicházet i od rodiny, i od interpersonálních vztahů. Neporozumění s rodiči, s okolím a stres mohou děti řešit touto formou. Potřebují ventilovat zátěž a přebít psychickou bolest fyzickým násilím na sobě.

Arnoldová sledovala kauzální faktory na vzorku 76 poškozujících se žen. V tabulce č. 1 je uvedeno procentuální zastoupení jednotlivých faktorů.

Tab. č. 1: Procentuální zastoupení kauzálních faktorů záměrného sebepoškozování

Sexuální zneužívání v dětství	49 %
Zanedbávání rodičovské péče	49 %
Emocionální zneužívání v dětství	43 %
Nedostatečná komunikace mezi členy rodiny	27 %
Fyzické zneužívání v dětství	25 %
Ztráta pečující osoby nebo časná separace	25 %
Dlouhodobé fyzické nebo duševní onemocnění primárně pečující osoby	17 %
Jiné nepříjemné zážitky v dětství a formy časné deprivace	19 %

(Arnoldová in: Kriegelová, 2008, s. 82)

Typický je průběh sebepoškození. Důležitá je precipující událost, se kterou se teenager neumí vypořádat adaptivním způsobem. S narůstajícími pocity bezmoci, lítosti a vzteku roste agrese proti sobě samému. Sebepoškozující se jedinec nakonec prožívá uvolnění napětí. Přesto, nebo i proto, že následují často pocity viny, vytváří se návyk. Repetitivní povaha je jednou ze základních charakteristik autodestruktivního chování. Kocourková a Koutek (2007, s. 76) také poukazují na fakt, že vzorec aktu sebepoškozování má tendenci se opakovat, podobně jako u jiných návykových projevů:

- *„přítomnost precipující události (například ztráta významného vztahu),*
- *zesílení pocitu dysforie, napětí a úzkost,*
- *myšlenky na sebepoškozování,*
- *pokusy sebepoškozujícího jednání odvrátit,*
- *sebepoškození,*
- *uvolnění“.*

K aktu dochází většinou o samotě. Až 95% adolescentů popisuje sebepoškozování jako samotářskou aktivitu, a 19% procent uvádí, že je při tom nikdo nepřistihl. (Malá, 2007, s. 12)

Sebepoškozování může mít i fyziologický podklad. Bolest, kterou si jedinec způsobuje, je spouštěčem antinocicepčního systému mozku. Někteří výzkumní pracovníci tvrdí, že fyziologickým faktorem, který má vliv na repetitivní povahu jevu, je hladina

endogenních opioidů endorfinů, jejichž produkce je po sebepoškození stimulována. Ty přinášejí popisované pocity úlevy, euforie, mírní vnímání bolesti.⁶

Setkáváme se se dvěma hypotézami:

- Hypotéza založená na principu závislosti - předpokládá u jedinců normální základní úroveň činnosti endogenního opiátového systému, ale opakovaným sebepoškozováním. Je nadměrně stimulován. Vytváří se tolerance a vyskytují abstinenční příznaky, které si vynucují repetitivní chování.
- Hypotéza založená na principu závislosti bolesti - sebepoškozující mají základní aktivitu endogenního opiátového systému predispozičně nízkou nebo vysokou, což se projevuje sníženým vnímáním bolesti. Těmto jedincům slouží způsobovaná bolest ke zvýšení produkce endorfinů. (Kriegelová, 2008, s. 80-82)

U závažných forem sebepoškozování se předpokládá hypersenzitivita dopaminergních receptorů. Byly také zjištěny nižší hladiny dopaminu a jeho metabolitů v centrální nervové soustavě. Podle jiných autorů je sebepoškozování jen formou agresivity a ta je spojena s deplecí serotoninu. Jiným následkem otupělosti vůči bolesti může být dissociativní mechanismus, který vyvolává pocity chorobného odvrácení od skutečnosti, stav sebeodcizení a odpojení od myšlenek, vzpomínek, emocí, činností a uvědomění si vlastního já během aktu sebepoškozování. (Malá, 2007, s. 12)

Obecně platí, že u jedinců, kteří se dopouštějí sebeustrukce, většinou chybí dostatek adaptivnějších řešení problémů, což bývá spojováno s „nižší emoční inteligencí“. Se sebepoškozováním impulzivního charakteru sestáváme také u pacientů experimentujících s návykovými látkami - alkoholem, dále dostupnými látkami jako je amfetamin, kokain a barburiáty. (Malá, 2009, s. 6-10)

Podle Kliegerové (2008, s. 34-35) je nejčastější duševní poruchou diagnostikovatelnou u sebepoškozujících se jedinců, se kterou se rámci dorostové psychiatrii setkáváme, jsou poruchy vývoje osobnosti - nevyváženým až disharmonickým vývojem osobnosti, který nese rysy hraničního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti, který je charakterizován emoční nestálostí jedince s narušenými představami o sobě

⁶ Studie prokazují, že jedinci, kteří se spáchali sebevražedný pokus, měli významně snížené vnímání bolesti v porovnání s osobami s podobným typem poranění, které bylo způsobeno např. v důsledku nehody.

samém, nestálými vztahy, pocity beznaděje, strachem z odmítnutí. Projevuje se silnou impulzivitou, nesnášenlivostí a neschopností kontrolovat zlostné afektivní reakce. Postižení navazují nestabilní, za to intenzivní sociální vazby, při čemž mají obavu z odmítnutí. (Mlčák, 2007, s. 49)

Teorie, že sebepoškození představuje jeden ze znaků osobnostního fungování u hraniční osobnosti, však bývá odborníky postupně kritizována. Nyní se setkáváme s názory, že bývá v etiologii sebepoškození důležitějším spouštěčem náhlý stres a to bez ohledu na typ osobnosti. Například ztrátu blízké osoby neumí jedinec vyřešit jinak, než obracet vztek k sobě samému. (Kocourková, Koutek, 2007, s. 76)

2.6 Léčba a prevence sebepoškození

Vývoj v oblasti sebepoškození se nemá nijak dramaticky zlepšovat, a proto je nutné zvyšovat povědomí o důvodech sebepoškozujícího chování a zkvalitnit diagnostické a léčebné postupy.

Léčba klade důraz na redukci dalších příhod sebepoškození, potlačení touhy poškodit tělesnou schránku a celkově hledá způsoby vylepšení sociálního fungování a kvality života. Je potřeba odhalit příčinné faktory ve spolupráci s rodinou a pokusit se o jejich změnu. Na bolesti, kterou si člověk vědomě vyvolává, vzniká závislost podobná té na drogách, je těžké s tímto zlozvykem přestat. Tělo si říká o endorfin a jiné látky, které se ve zvýšeném množství vylučují právě při sebetrýznění. (Platznerová, 2009, s. 7)

Neexistuje žádné účinné řešení, jak přimět mladistvého se sebepoškozením přestat. Zbavit se návyku je dlouhodobý proces a touha skoncovat musí v první řadě vzejít od sebepoškozujícího se pacienta. Ač se podle Platznerové (2009, s. 7) léčba značně vylepšila, stále není známo, která léčba je nejúčinnější. K léčbě je třeba přistupovat s vědomím, že u pacienta hrozí vysoké riziko suicidálního jednání. Najít efektivní komplexní terapeutické intervence je velmi obtížné. Záměrné sebezraňování je stále ještě symptom, který nemá svůj specifický farmakon, který by účinně pomáhal. Předepsaná farmakoterapie bývá zaměřena na zmírnění projevů impulzivity, agresivity, úzkosti či

deprese. Sebepoškozování zkoušejí doktoři ovlivňovat dostupnými antidepresivy⁷, thymostabilizéry⁸, vzácně benzodiazepiny⁹, u závažných případů jsou nasazena neuroleptika¹⁰. Léčba psychofarmaky pomáhá alespoň zmírnit intenzitu sebepoškozování a vytváří příznivější předpoklady pro psychoterapii, která využívá různé metody jak individuální, tak skupinové. Úspěšná se jeví dialektická behaviorální terapie vyvinutá speciálně pro adolescenty.

V první fázi je nutné zjistit, zda existuje nebezpečí ohrožení života a pokud ano, hospitalizace je nezbytná, zejména když se objeví i jiné patologické chování – poruchy příjmu potravy, suicidální myšlenky, nebo důsledky sebezranění ohrožují zdraví či život pacienta. V případě léčby při hospitalizaci je nezbytné před propuštěním pacienta ověřit si jeho fungování v rodině opakovanými propustkami do domácího prostředí. Hospitalizace musí být pod dohledem odborného týmu, mladí pacienti totiž často manipulují s jejími nezkušenými členy. Názory na hospitalizaci se různí. Podle některých autorů lůžková péče oslabuje odpovědnost pacienta za vlastní sebepoškozující čin. Pro léčbu se hospitalizace ukazuje jako nevhodná, neboť v tomto není možné aplikovat potřebné psychoterapeutické postupy.

Je nezbytné zajistit i jiné možné způsoby k rychlému zajištění bezpečí (týrání, zneužívání v rodině), patologickou rodinu lze nahradit jinou odpovídající institucí (azylový dům aj.).

Odborná intervence by měla objevit příčinu, osobnostní strukturu, souvislosti predisponující sebedestrukci a dále rozpoznat vzorce sebepoškozujícího chování s cílem obnovit běžné fungování jedince a vylepšit jeho psychickou i fyzickou pohodu. (Kocourková, Koutek, 2007, s. 77, Kriegelová, 2008, s. 133-134)

Rozsáhlé studie, které se zabývají sebepoškozováním v rámci psychiatrických oddělení pro adolescenty, navrhuji následující opatření:

- *„vyhnout se koncentraci adolescentů s rysy hraniční poruchy osobnosti na jednom oddělení,*

⁷ lék užívaný ke zmírnění symptomů deprese

⁸ farmakoterapeutický stabilizátor nálady mající např. antimanický nebo antidepresivní účinek

⁹ široce využívaná řada sedativních a hypnotických látek

¹⁰ léčiva používaná k terapii psychóz

- *limitovat délku hospitalizace hraničních pacientů se symptomy sebezraňování,*
- *aktivně rozpoznávat u rizikových pacientů známky identifikace se sebezraňujícími jedinci,*
- *zařadit do psychoterapeutického a režimového programu techniky a aktivity, které umožňují prožitek vzájemnosti a mohou tak nahradit rituální charakter sebezraňování,*
- *v případě šíření sebezraňování na oddělení, otevřeně s pacienty o této problematice hovořit, zdůrazňovat též mechanismus nápodoby.“ (Malá, 2009, s. 9)*

Bylo prokázáno, že poté, co byli někteří jedinci seznámeni se skutečností, že jejich sebezraňující chování má charakter nápodoby, zanechali jej. Negativní emoční odpovědi na sebezraňování od profesionálů nepřinášejí důvěru pacienta v terapeuta. (Tamtéž, s. 9)

Sebezraňování je velmi vážná situace a rodič by měl najít příčinu tohoto chování a snažit se být oporou v tomto náročném období. Účelné je porozumět svému dítěti, navázat kontakt, vnímat jeho potřeby a sdílet s ním pozitivní zážitky. Rodiče musí přijmout to, že něco není v pořádku a dítě v určitém smyslu strádá. Nucené rozhovory, velký tlak nebo vyhrožování může dítě zbytečně zastrašit.

3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Jídlo je základní fyziologický požadavek nutný k existenci. Obživný pud „slouží k uchování biologické existence jedince, a proto je velmi silný. Potřebu jídla a pití signalizuje pocit hladu a žízně. Tato pudová potřeba, stejně jako většina ostatních, je ovlivněna psychosociálně. Proto může za určitých okolností dojít k jejímu potlačení a dezinformaci.“ (Vágnerová, 2004, s. 179)

Za normální postoj k jídlu považujeme uspokojení fyziologických potřeb a přitom je naplněna funkce psychologická i sociální. Správné jídelní návyky nevedou k přejídání ani zavrhování potravy. (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 189)

Porucha snížení obživného pudu se projevuje nechutenstvím a odmítáním jídla, které se mohou rozvinout až do nemoci mentální anorexie. Naopak zvýšení obživného pudu je porucha, při které dochází k mentální bulimii. (Mlčák, 2003, s. 35) Mentální bulimie a mentální anorexie jsou nejčastěji popisovanými syndromy poruch příjmu potravy. Někteří autoři tyto syndromy rozlišují a pro oba vymezují specifické charakteristiky, jiní vnímají bulimii jako chronickou variantu mentální anorexie. Odlišnost mezi těmito dvěma onemocněními je spatřována v rozdílné tělesné hmotnosti. Onemocnění mentální bulimie a mentální anorexie¹¹ spolu úzce souvisejí, ačkoliv se liší metody používané ke snížení hmotnosti. Lze nalézt společnou psychopatologii, jako je nízké sebevědomí, strach z tloušťky, snaha kontrolovat tělesnou hmotnost, přehnaná pozornost věnována vlastnímu vzhledu, jehož představa bývá odtržena od reality. (Říčan, 2006, s. 251) Podle Coopera (1995, s. 76) kolem třetiny pacientek s diagnózou mentální bulimie trpělo v minulosti mentální anorexií nebo mělo alespoň některé z příznaků mentální anorexie. Dosud není známo, jakým způsobem ovlivňuje anorexie rozvoj bulimie. Může to být vinou hladovění nebo faktem, že zaujetí jídlem zvyšuje riziko ztráty kontroly nad stravou. Obě poruchy mají společné tyto faktory – nízké sebevědomí, prožité trauma, perfekcionalismus, problémy s alkoholem. (Tamtéž, 53-54)

¹¹ Protože mentální bulimie a mentální anorexie postihují dívky a ženy, používám v práci převážně ženský rod, tím však nechci z této nemoci vyloučit chlapce a muže.

3.1 Asociace mezi poruchami příjmu potravy a sebepoškozováním

Obě poruchy sdílejí mnoho stejných vlastností, jako je nízké sebevědomí, nespokojenost s vlastním tělem, perfekcionistická osobnost, úzkost nebo prožité trauma. Výskyt sebepoškozování u poruch příjmu potravy je spojován se zažitým zneužíváním, poruchami osobnosti a disociací.

Prevalence sebepoškozování u lidí s poruchami příjmu potravy se pohybuje kolem 25%, více u pacientů s bulimickou psychosomatikou. Pro mnohé sebepoškozování a poruchy příjmu potravy existují zároveň, sebepoškozování však může nahradit poruchu příjmu potravy nebo naopak. Hladovění může být použito jako náhrada sebepoškozování nebo jistou formou sebetrestání. Pro některé lidi poruchy příjmu potravy a sebepoškozování mohou být i druhem trestu a způsobem, jak vyjádřit vlastní nenávisť k tělu. Pokud dívka trpí některou poruchou příjmu potravy, pravděpodobně prožívá i pocity sebenenávisti, což vede k nedostatku úcty k vlastnímu tělu. Sebepoškozování se pak může stát také formou jistého potrestání sebe sama za to, že jsem snědla něco „zakázaného“. (Self-harm, online, cit. 2014-11-11)

Některé techniky snižování váhy – např. užívání laxativ a diuretik je některými autory považováno za sebepoškozování, hladovění může být jednou z forem sebedestrukce. Onemocnění mentální anorexií můžeme také chápat jako formu pomalé sebevraždy. (Rozsivalová, 2010, s. 243)

Mnozí autoři zjistili, že riziko sebepoškozování je u poruch příjmu potravy velmi vysoké. „*Ve studii zabývající se sebepoškozováním u hospitalizovaných adolescentů byl zjištěn nesignifikantní vztah mezi diagnózou poruchy příjmu potravy a závažnějšími formami sebepoškozování. U pacientů se závažnějšími formami sebepoškozování byla diagnóza poruchy příjmu potravy přítomna u 65 % pacientů, zatímco u pacientů s mírnějšími formami jen v 53 %. Bývá uváděno, že asi 33-39 % pacientek léčených pro mentální bulimii má v anamnéze sebepoškozování. Dalším zajímavým zjištěním je fakt, že pacientky, které při svých očištných rituálech užívaly laxativa, se sebepoškozovaly v 41 %, zatímco ostatní jen ve 26 %.*“ (Malá, 2007, s. 24)

Spojení mezi těmito patologickými jevy je i fenomenologické. Obě poruchy se častěji vyskytují u adolescentních dívek a jsou spojovány s nespokojeným přístupem ke

svému tělu a vlastnímu já. Pomocí sebepoškozování či jídelních poruch se tak snaží mít samy sebe pod kontrolou. Protože poruchy příjmu potravy v člověku probouzí pocity zahanbení a studu, může přinášet akt sebepoškozování rychlé uvolnění psychické tenze.

3.2 Epidemiologie a příčiny vzniku

K nejvýraznějším tělesným a psychickým změnám, které mohou být významné z hlediska rozvoje poruch příjmu potravy, dochází během puberty a adolescence. Na rychlý tělesný růst spojený s přibíráním váhy obvykle nereagují mladé dívky s nadšením. V krajním případě se nesmíří s růstem a novými proporcemi svého těla - tento fakt se často skrývá za onemocněním poruch příjmu potravy v tomto věku. (Krch, 1999, s. 49, 62)

Příčinou poruch příjmu potravy je zřejmě kombinace různých psychosociálních faktorů. Můžeme si všimnout, že je v západní Evropě štíhlost synonymem pro úspěch, zdraví a dobrý výkon, tloušťka je spojována spíše s leností a ošklivostí. Tento společenský tlak, psychické problémy, disharmonická rodina a biologické faktory vedou k nespokojenosti s vlastním tělem a k větší pozornosti věnované tělesné hmotnosti. *„Významný není jen vliv médií, sociální hodnota těla a vzhledu, zdravotní, sociální a kulturní význam jídla, měnící se životní styl, role a postavení ženy ve společnosti, ale i mnoho dalších, často nespecifických sociálních vlivů, jako je zvýšená sociální úzkost, soutěživost, sklon k extrémním postojům, způsob trávení volného času, snížená sebekontrola, úpadek jídelní kultury, vulgarizace některých ekologických i zdravotních poznatků apod. Mnoho vlivů se může uplatňovat prostřednictvím sdělovacích prostředků, školy, rodiny nebo skupiny vrstevníků.“* (Tamtéž, s. 61)

Jídelní poruchy jsou typické pro určité sociální skupiny, např. profese modelky a baletky, neboť obě skupiny kladou vysoký důraz na štíhlou postavu. Objevily se názory, že módní průmysl přispívá k současnému problému jídelních poruch. Modelky jsou stále štíhlejší a roste i procento nemocných s poruchou příjmu potravy. Možná se jedná o náhodnou souvislost, je však velmi pravděpodobné, že změny módního ideálu mají na svědomí vysoký počet mladých žen, které drží diety a tím hrozí i rostoucí počet těch, u kterých se vyvinou poruchy příjmu potravy. (Cooper, 1995, s. 55)

Módní ideál štíhlé ženy, který je pro většinu žen biologicky nemožný, staví mírně obézní lidi na okraj společnosti. „*Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale nutně oslabují sebedůvěru mladých žen, kterým předkládají zcela nerealistické cíle a nevodné vzory. Posilují jejich strach z tloušťky, nadměrný zájem věnovaný tělesné hmotnosti a nespokojenost s vlastním tělem. Tyto postoje a kognitivní vzory pak snadno vyústí v nadměrnou kontrolu tělesné hmotnosti. Nevhodné jídelní postoje a vzory chování se stávají společenským standardem a výrazným sociálním vlivem.*“ (Krch, 1991, s. 59)

Důležitým faktorem je také vzor matky. Je velmi pravděpodobné, že tak, jak držely dietu matky, stejně tak je budou napodobovat i jejich dcery. Cooper (1995, s. 51-55) poukazuje na fakt, že predispozice k poruchám příjmu potravy může mít vrozený charakter. Studie prokázaly větší shodu poruch příjmu potravy u jednovaječných dvojčat, než u dvojčat dvouvaječných. Tuto skutečnost lze vysvětlit působením vlivu stejného prostředí primární rodiny, více než genetický základ. Dědičnost hraje spíše roli v genetickém předávání tělesné hmotnosti v dospělosti. Asi polovina bulimiček má mírnou nadváhu, což znamená, že tendence k nadváze přímo souvisí s náchylností ke vzniku bulimie.

V rodinách pacientů s poruchami příjmu potravy se častěji objevují depresivní epizody. Není však jasné, jakým způsobem náchylnost k depresi zvyšuje riziko jídelních poruch. Vysvětlení hledáme spíše na straně psychologické, než genetické – depresivní rodič vytváří takové prostředí, které přispívá ke vzniku výše jmenovaných poruch. (Cooper, Tamtéž, s. 52) Problematická rodinná komunikace také přispívá ke vzniku špatných jídelních zvyklostí. Anorektické pacientky často vyrůstají v uzavřených rodinách, které zdůrazňují výkonnost a perfekcionismus, u pacientek s bulimickou psychosomatikou sledujeme rodiny se známkami špatné organizace. Predispozičním faktorem je u poruch příjmu potravy je stejně jako u sebepoškozování traumatický zážitek – zejména sexuální zneužívání.

Společným jevem je důraz na sebeovládání, který je u anorexie extrémně dodržován, u bulimiček porušován patologickým přejídáním s pocitem provinění a hanby.

Nejvýznamnější spouštěcí faktor se připisuje specifickým náročným požadavkům pro období adolescence. Separačně-individuační procesy, ukotvení vlastní identity

a ženské role, přijetí své vlastní sexuality aj. jsou náročné úkoly jak pro dospívající dívku, tak pro její blízké okolí. (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 253-254)

U hospitalizovaných pacientek s poruchami příjmu potravy se uvádí výskyt některé další psychiatrické poruchy až v 97 % případů. Obsedantně kompulzivní porucha¹² a deprese se vyskytují častěji u pacientek s mentální anorexií, zatímco u pacientek s bulimií častěji pozorujeme zneužívání návykových látek. Tyto depresivní a úzkostné příznaky jsou přímo spojeny s obavami o postavu a tělesnou hmotnost (Theiner, 2011, s. 105)

Až 95% případů mentální bulimie a mentální anorexie postihuje mladé ženy a dívky, vzácněji chlapce, mladé muže, děti a starší ženy. Epidemiologické údaje jsou však nepřesné, a to kvůli popírání a tajení obtíží. (Höschl, 2004, s. 610) Potíže u anorexie začínají kolem 14. roku života, u bulimie se rozvíjí u dívek kolem 18. let. (Řičan, Krejčířová, 2006, s. 252)

Krch připomíná, že ženské pohlaví je jeden z významných faktorů při rozvoji poruch příjmu potravy - u žen je desetkrát vyšší riziko než u mužů. Postava a vzhled hraje obvykle důležitější roli pro mladé ženy než pro chlapce a zdá se, že i když dívky mohou být spokojeny se svým tělem, stále usilují o to být „dokonalejší“ a mít štíhlejší postavu. Chlapci touží spíše přibrat na váze a přiblížit se svalnatému ideálu mužského těla. (Krch, 1991, s. 49-62)

V průběhu dospívání se mnoho mladých žen snaží snížit svoji hmotnost pomocí omezování v jídle, v 18ti letech má většina dívek tuto zkušenost. Redukční diety nejsou jen faktorem, který vede ke vzniku poruch, ale také fenoménem, který může vyvolat další rizikové tendence – nespokojenost se svým tělem, nízké sebevědomí, deprese, závislost na návykových látkách apod. Až u 30% patologických dietářek dojde později k rozvoji syndromu poruchy příjmu potravy. (Krch, 1991, s. 47)

Nylander (in Krch, 1991, s. 47) ve své studii sledoval přes dva tisíce švédských adolescentů. 28% čtrnáctiletých žaček si připadalo být tlustými a 10% z nich drželo dietu. V osmnácti letech pak 50% z nich trpělo pocitem tloušťky a 40% drželo dietu. Další

¹² Úzkostné poruchy charakteristické tzv. vtíravými myšlenkami (vlastní, nechtěné, opakující se myšlenky, obsese) nebo nutkavým opakujícím se jednáním (kompulze).

výzkum dokázal, že 40% dotazovaných dospívajících dívek si připadalo tlustých, nadváhou však ve skutečnosti trpěla jen 4% z nich. (Tamtéž, s. 47)

Tab. č. 2: počet pacientů hospitalizovaných v ČR

rok	Mentální anorexie			Mentální bulimie		
	ženy	muži	celkem	ženy	muži	celkem
1985	91	4	95	10	0	10
1989	122	13	135	15	3	18
1991	146	11	157	19	2	21
1994	164	10	174	88	4	92
1996	246	10	256	143	5	148

Zdroj: Krch, 1999, s. 51

3.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie je syndrom, charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel.

Přejídání, které je pro mentální bulimii typické, se však v populaci běžně vyskytuje, a proto je obtížně definovatelným jevem. (Krch, 1999, s. 38) Mentální bulimie a přejídání je tedy velmi relativní pojem. Nějaký čas trvalo, než se ustálila definice přejídání, nejmladší definice mu rozumí jako „*jídelní epizoda s dvěma charakteristickými rysy. Za prvé, podle běžných měřítek, je snědeno obrovské množství jídla. Za druhé, jídlo je provázeno subjektivním pocitem ztráty sebekontroly.*“ (Cooper, 1995, s. 20)

Podle Nešpora musí pro diagnózu mentální bulimie¹³ naplněny tři následující body¹⁴:

- „*Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelné touha po jídle a epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby*

¹³ Za bulimii se nepovažuje nekontrolovatelné jedení související se silným hladem v případě prudkého poklesu glukózy v krvi, hypoglykémii a u dlouhodobých infekčních chorob

¹⁴ Pokud chybí jeden z klíčových rysů, avšak jinak se u pacientů projevuje podobný typický klinický obraz, užíváme dle MKN-10 diagnózy termín atypická mentální bulimie.

- *Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním (nebo více) z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním projímadel, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků, jako jsou anorektika¹⁵, thyrenoidní preparáty¹⁶ nebo diuretika¹⁷(...)*
- *Psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky a pacient si určí přesně vymezený váhový práh, který je nižší než premorbidní váha, která je podle názoru lékaře optimální pro zdraví. Často, ale ne vždy, je v anamnéze dřívější epizoda mentální anorexie, přičemž interval se pohybuje od několika měsíců do několika let.“ (Nešpor, 2003, s. 44)*

U mentální bulimie se dále rozlišují na dva podtypy:

- Purgativní typ: pacient si pravidelně vyvolává zvracení nebo zneužívá diuretika, projímadla nebo podobné léky.
- Nepurgativní typ: pacient si nevyvolává zvracení, nezneužívá diuretika nebo léky. Uchyluje se ke kompenzačnímu chování v podobě nadměrné fyzické aktivity nebo diet.

Odhalit mentální bulimii, na rozdíl od mentální anorexie, může být komplikované, jelikož bulimie se neprojevuje závažnějším úbytkem tělesné váhy a pacientka neztrácí trvale menstruaci. Je - li úbytek váhy nižší než 17,5 (BMI), používáme diagnózu purgativní mentální anorexie. (Speciani, 2009, s. 23)

Většina dívek má pocit, že pomocí zvracení nebo projímadel ubírají na váze a zároveň můžou sníst vše, na co mají chuť. Nutkání „přejíst se“ se objevuje minimálně dvakrát týdně po dobu nejméně tří měsíců. Zvracení však není účinná metoda hubnutí, neboť se cukry štěpí již při žvýkání a rychle se v těle ukládají.

Při přejídání strážníci jídlo doslova hltají a někdy jej dokonce ani nerozžvýkají. Většinou sáhnou po velmi kalorických a nezdravých potravinách, kterým se mnozí snaží vyhýbat. Nutková touha po jídle dívky zcela přemáhá – kvůli ní jsou schopni sníst jídlo svých přátel nebo krást potraviny v supermarketech. Bulimičky tento akt ztráty sebekontroly považují za zoufalý čin, podle jejich slov však touhu po jídle nelze potlačit.

¹⁵ anorektika jsou léky potlačující chuť k jídlu

¹⁶ thyrenoidní preparáty obsahují hormon štítné žlázy

¹⁷ diuretika jsou močopudné léky

Množství snědeného jídla se u každé bulimičky liší. Některé z nich během jedné epizody snědí více jak 20 000 kalorií, obvykleji se jedna denní epizoda pohybuje okolo 1500 až 3500 kalorií. (Cooper, 1995, s. 22-23)

3.3.1 Historie mentální bulimie

Historie přejídání sahá až do doby antiky, kde si nenasytné přejídání mohla dovolit zejména privilegovaná společnost. Pojem bulimie pochází podle Plutarcha¹⁸ ze slova bolimos (zlý duch) a původně mělo znamenat velký hlad. Podle názoru pozdějších filosofů slovo bulimie vzniklo z řeckých slov limos (hlad) a bous (vůl), a popisuje tak silný hlad, kdy je člověk schopen sníst celého vola. Rozličná vysvětlení názvu bulimie přetrvala z dob antiky až do začátku moderní doby.

Od starověku až do devatenáctého století jsou známé případy nenasytného přejídání s následným spontánním zvracením. Tento stav byl pokládán za dysfunkci a abnormality žaludku a byl spojován s řadou dalších nemocí – např. s hysterií, hypochondrií apod. Ještě však trvalo celé století, než se tyto symptomy zapsaly pod termínem mentální bulimie.

V roce 1874 zaznamenal Gull nutkavé přejídání u anorektické pacientky, podobně jako Lasegue popisoval záchvaty přejídání u pacientek zotavujících se z anorexie. Tyto příznaky se považovaly za neurotickou chorobu nebo vedlejší projevy jídelního schématu anorektických pacientů. Na počátku 70. let narůstaly případy, kdy se ženy i přes značný energetický příjem z přejídání, dokázaly udržet svoji optimální hmotnost díky zvracení, projímadlům a dietám. (Krch, 1991, s. 29-31)

Na konci sedmdesátých let se objevily názory, které mluvily o nové poruše příjmu potravy, u níž se objevují neovladatelné záchvaty přejídání. Tento typ nemoci dostal mnoho názvů, například anglický termín „bulimarexia“ či „syndrom dietního chaosu“. Nejvíce se uchytily pojmy „bulimia“ nebo „bulimia nervosa“, který poprvé použil britský psychiatr Russel ve svém článku v roce 1979. Článek vykresluje hlavní rysy do té doby neznámé poruchy na základě klinického pozorování 30ti pacientů. V následujících letech používala Americká psychiatrická komora nedostatečná kritéria pro definici choroby

¹⁸ významný řecký spisovatel, historik a filozof, zemřel okolo roku 120

bulimie, než jaká uvedl Russel. Tento zmatek v odborné literatuře vedl ke zkreslenému zmapování výskytu bulimie v té době.

V dnešní době se odborníci shodují na klíčových znacích pro diagnózu mentální bulimie. (Cooper 72-74) Podle Krcha (1991) se však stále vedou spory o tom, zda je mentální bulimie skutečně samostatnou klinickou diagnózou.

3.3.2 Typický průběh mentální bulimie

Spouštěcím mechanismem k přejídání jsou většinou podobné situace. Cooper (1995, s. 25) je rozdělil do následujících skupin:

- Zážitek související s jídlem – např. porušení diety, přístup ke kalorickým potravinám, pocity plnosti po jídle, myšlenky na jídlo.
- Strach o tělesnou hmotnost – vyšší hmotnost, než si dívka přeje, pocity tloušťky, zjištění, že se dívka nevejde do oblečení aj.
- Negativní a pesimistické nálady – pocity samoty, izolovanosti, úzkosti, deprese nebo hněvu.

Po záchvatu přejídání se v prvních chvílích dostaví pocit blaha, který rychle poté vystřídá pocit viny a zahanbení z toho, že se dívky nedokázaly ovládnout. Udělají téměř cokoli, aby napravily to, že snědly více, než chtěly. Často se také dostaví fyzické projevy jako je bolest žaludku, zhoršené dýchání, pocit nadmutosti a závratě. Akt přejídání dochází k ústraní, nemocné problém úspěšně tají i několik let. (Cooper, 1995, s. 21-23)

Pocit viny z množství sněženého jídla a strach z přírůstku na váze řeší bulimici jistou kompenzací.:

- U bulimiček můžeme rozpoznat tři druhy diet: hladovění, příjem nízkého počtu kalorií, omezení určitých druhů potravin.
- Většina bulimiček používá metodu kompenzace úmyslné vyvolání zvracení tím, že si do krku strčí prsty či předmět, kterým vyvolají dávimost. Kolem čtvrtiny bulimiček dokáží zvracení ovládat – jednoduše se předkloní a stlačí

rukou žaludek. Četnost zvracení se liší – některé zvrací pouze po záchvatech, druhé po každém jídle. K tomuto činu dochází v ústraní, aby je nikdo neviděl.

- Diuretika nemají na tělesnou hmotnost velký vliv – efekt je zapříčiněn ztrátou tekutin. „Ztracená kila“ se vrátí opět poté, co člověk tekutiny doplní. Na užívání laxativ se po čase vytváří závislost a je potřeba zvyšovat jejich dávku, aby se střevo vyprázdnilo. (Cooper, 1995, s. 28-29)

3.4 Mentální anorexie

Anorexie se projevuje redukcí příjmu potravy se snahou snížit tělesnou hmotnost a zvýšit energetický výdej. Dívky se nejprve snaží vyhýbat kalorickým jídlům, později omezí jídlo jako takové. Pacientek s anorektickou syptosomatikou jeví velkou pozornost o jídlo a vše, co s ním souvisí. Jídlo, nebo spíše hladovění se postupně stává centrem všech zájmů, některé dokonce rády sbírají recepty a vaří pro své blízké. Anorexií dle odhadů trpí 1 dospívající dívka ze 100 a vrchol výskytu je mezi 13. a 14. rokem života.

Kvůli narušenému a nerealistickému postoji k vlastním proporcím se svojí vyhublou postavou nejsou spokojené a trpí pocitem, že jsou tlusté. Hladovění je často doprovázeno hyperaktivitou a i přes svou vyhublost dívky aktivně cvičí. Omezování v jídle je doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo. Pacientky neodmítají jídlo díky nechutenství, ale proto, že jíst nechtějí. U některých je oslabení chuti k jídlu důsledkem dlouhodobého hladovění. (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 253-252)

Podle diagnostiky¹⁹ mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10: *„Mentální anorexie je porucha, charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje.(...) Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládací myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu. Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními*

¹⁹ Z diagnózy mentální anorexie je třeba vyloučit somatické a jiné duševní choroby, které jsou provázeny nechutenstvím a nízkou tělesnou hmotností, např. nádorové onemocnění, tuberkulóza apod.

endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí.“ (Úzis, online, cit. 2014-12-24)

Diagnóza anorexie podle DSM-IV²⁰ (1994, s. 540) je velmi podobná jako definice MKN-10. Pacient musí vykazovat všechny tyto příznaky²¹:

- úmyslné snížením hmotnosti o více než 15 % předpokládané tělesné hmotnosti,
- strach z přibírání na váze i přes značnou kachexii pacientky,
- narušené vnímání tělesných proporcí vlastního těla,
- amenorea delší než tři měsíce. (DSM-IV s. 534)

DSM-IV (1994, s. 541) mentální anorexii dále dělí na dva podtypy:

- Restriktivní typ: u pacienta nedochází k záchvatům přejídání.
- Purgativní typ: u pacienta dochází k záchvatům přejídání, eliminaci pacient provádí vyvoláním zvracení nebo zneužitím laxativ nebo diuretik.

„Choroba začíná, když už jedinec nedokáže sám sebe správně hodnotit a zastavit hladovění.“ (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 198) Skutečnost, že ani značná podvyživenost a riziko úmrtí nevedou u anorektiček k oslabení strachu z tloušťky, považovali již dříve autoři mentální anorexii za formu sebevražedného chování.

Spojitost mezi sebevražedným chováním a anorexií objevili Krch a Faltus (1988, in: Kocourková, Koutek, 2003). Vyšetření 60ti pacientek s mentální anorexií a bulimií a u šesti anorektiček a pěti bulimiček našli v jejich osobní anamnéze suicidální pokus.

²⁰ Diagnostický a statistický manuál psychiatrických nemocí.

²¹ Pokud chybí jeden z klíčových rysů, avšak se jinak u pacientů projevuje podobný typický klinický obraz, užíváme dle MKN-10 diagnózy termín atypická mentální anorexie.

3.4.1 Historie mentální anorexie

Přestože odmítání potravy v historii bylo projevem různých psychosomatických i psychiatrických poruch, nebylo bráno jako patologický jev.

Jídelní půst se objevoval v křesťanství jako součást sebetrestání, v pozdějším středověku si věřící ženy díky omezenému příjmu potravy udržovaly boží podporu. V římskokatolické církvi se objevovaly tzv. zázračné panny, postící se dospívající dívky. Staly se senzací pro místní lid, protože tvrdily, že přijímají pouze malé množství potravy, nebo že jídlo nepotřebují vůbec. Zda šlo o podvod nebo o zázrak měli vysvětlit tehdejší lékaři. Ti se přikláněli k názoru, že je tento jev způsobený božím zapříčiněním, používali termíny jako např. „anorexia mirabills“. Později byly tyto představy nahrazovány vědeckými teoriemi – např. že lidé mohou přijímat živiny z částic, které se objevují ve vzduchu. V 16. století se na odmítání potravy dívá jako na patologické chování nebo na zjevnou známku onemocnění. Společnost zázračné panny prohlásila tyto ženy za hysterické podvodnice, které se snažily zviditelnit.

Termín „anorexie“ se objevuje již v lékařských pramenech z doby starověku. Galén a Hippokrates používali termín pro nechut' k jídlu nebo odpor k němu. Hlavní příčinou anorexie byly žaludeční problémy, byly však známy i emocionální faktory. I na počátku moderní doby se stále pokládá anorexie za symptom poruchy funkce žaludku než za klinickou diagnózu.

V lékařské literatuře se v 18. století objevuje chloróza, které postihovala pohledné mladé ženy a vyvolávala bledost, amenoreou, ztrátu chuti k jídlu, přejídání aj. Pravděpodobně se však jednalo o nízkou hladinu železa v těle, a tak se stala bludnička lékařskou raritou.

První případ anorexie je znám od lékaře Richarda Mortona z roku 1689, který objasnil případ nervového opotřebení. Dívka trpěla problémy s jídlem, vyhublostí, ztrátou menstruace a opakujícím se bezvědomím. Morton nemohl nalézt žádnou fyzickou příčinu tohoto stavu. I přes farmaka, která předepsal, dospívající dívka léčbu odmítla a zemřela. Více nepochybných případů se objevuje až o dvě století později, v roce 1873. Na autorství prvního jednoznačného popisu mají zásluhu lékaři William Withey

Gull a Ernest-Charles Lasegue. Oba dva považovali anorexii za psychogenní chorobu mladých žen. (Krch, 1999, s. 24-29)

Hubená postava jako módní trend se stává populární v roce 1908, kdy P. Poiret, pařížský módní návrhář, představil v odívání dosud nevídaný trend – průhledné šaty. Od té doby začaly být oblíbené nejrůznější nízkotučné diety vedoucí k zeštíhlení ženského těla. V roce 1967 se objevila na titulní straně módního časopisu Vogue, šestnáctiletá modelka Twiggy (41 kg / 170 cm) a stala se tak světovou senzací. Ideál ženské krásy už nebyly ženy plných tvarů, dívky snily o hubené postavě, jakou měla Twiggy. (Navrátilová, Hamrová, 2009, s. 22)

Až v polovině dvacátého století získává anorexie komplexnější obraz v učebnicích psychiatrie, je znám klinický obraz této jídelní poruchy. Z nepříliš známého chorobného sebehladovění se v 21. století stala porucha, kterou si veřejnost všimá se značným zájmem.

3.4.2 Typický průběh mentální anorexie

Hlavním znakem nemoci je chorobný strach z jídla a z tloušťky. Reakci na strach popisuje Krch (2002, s. 33):

- dívku něco vyděsí (přírůstek na váze, výčitky svědomí z přejedení aj.),
- pocit nejistoty a potřeba nějaké reakce,
- pozornost se přesouvá ke kontrole vlastní postavy (vážení, sledování energetického příjmu a výdeje aj.),
- stoupá aktivita oslabující strach (dívky omezí příjem potravy a zvýší energetický výdej v podobě cvičení). Strach později opadá, dostavuje se pocit uspokojení, který vede k posílení těchto aktivit,
- tyto aktivity se po čase stávají návykové, jejich přerušování vede ke strachu. Je to jakási obrana před tím, z čeho mají anorektické pacientky strach, a tak se na to ještě více soustředí. Vše se pak točí jen kolem jídla, kvůli apatii se vytrácí zájem

o jiné činnosti. Dívky začínají být egocentrické a sebelítostivé, což se také projevuje ve vztahu k ostatním lidem.

Přejídání je pro anorektičky podobně velkým problémem jako pro bulimičky. Je přirozené, že pokud člověk drží dietu, bude se při normálním jídelním režimu cítit přejedeně. Strach z přejedení brání anorektičkám začít jíst. Ztráta kontroly nad jídlem je pro ně něco nemyslitelného a zoufalého. *„Významnou roli v tom hraje hladina krevního cukru, na které závisí pocit hladu. Když hladina krevního cukru klesne pod určitou hranici, cítíte hlad. Najíte se a tělo zpracuje jídlo na krevní cukr. Hladina krevního cukru stoupá a asi po dvaceti minutách přestáváte cítit hlad. Krevní cukr je potom zpracováván za pomoci inzulínu. Zvýšená produkce inzulínu vede k rychlejšímu zpracování krevního cukru. Hladinu krevního cukru nejrychleji zvýší sladkosti a potraviny s vysokým obsahem škrobu (pečivo), ale i alkohol nebo kofein. Na rychlé zvýšení krevního cukru reaguje tělo rychlým přísunem velké dávky inzulínu a následně rychlým zpracováním krevního cukru. Při přejídání se pečivem a sladkostmi vzrůstá produkce inzulínu, což vede k velmi rychlému snižování hladiny krevního cukru, která snadno klesne na nepříjemně nízkou hodnotu. Důsledkem je trvale vyšší produkce inzulínu a nižší hladina krevního cukru, nebo jinak řečeno hypoglykemie.“* (Krch, 2002, s. 40)

3.5 Zdravotní následky spojené s mentální bulimií a mentální anorexií

Nízká tělesná hmotnost způsobuje v období dospívání zastavení tělesného růstu. Dívkám se nevyvíjí prsa, chlapcům genitály. Vývoj kostí se může zcela zastavit, pokud dívka kvůli vyhublosti přestane menstruovat. Podvýživa v dětském i adolescentním věku může nést trvalé následky. Mentální anorexie je nejčastější psychická porucha, která končí smrtí. Dlouhodobé hladovění a podvýživa jsou spojeny s fyzickým i psychickým utrpením, část pacientek ukončuje život sebevraždou.

Zdravotními následky podvýživy jsou citlivost na chlad, suchá a nažloutlá pleť, vypadávání a zhoršení kvality vlasů, růst ochlupení po těle, vyšší kazivost zubů, zpomalená funkce střev, chudokrevnost, závratě, nízký krevní tlak, zvýšená hladina

cholesterolu krvi, svalová ochablost, únava, poruchy spánku, ztráta menstruace, srdeční obtíže, poškození jater, poruchy funkce ledvin, odvápnění kostí, menší imunitní systém.

Vinou přísných diet a nízké tělesné hmotnosti přestanou dívky menstruuovat, hormonální změny mohou zapříčinit neplodnost. (Krch, 2002, s. 41-42)

Prášky na hubnutí při vyšší dávce vyvolávají rozrušení, které vede k nespavosti. Podrážděnost organismu se střídá s přehnanou energií nemocného, mohou se rozvíjet epileptické záchvaty. (Papežová, 2000, s. 50)

Zvracením se do dutiny ústní dostávají žaludeční kyseliny, které způsobují erozi zubní skloviny a zubní kazy. Častým vyvoláním zvracení dochází k oslabení svěrače jícnu a díky předmětům, pomocí kterých si dívky usnadňují reflex zvracení, dochází k různým poraněním v krku. V horších případech může dojít k až k ruptuře jícnu.

Zneužívání diuretik a laxativ způsobují abnormality v hladině tělesných tekutin. Reakcí na laxativa je zadržování tekutin v těle, což vede k edémům okolo očí, zápěstí a kotníků. Některé druhy laxativ mohou ve velkém množství poškodit břišní stěnu, vznikají nepříjemné zácpy, nadýmání a hemeroidy. Tyto fyzické důsledky však po vysazení laxativ rychle mizí. (Cooper, 1995, s. 46-49)

Nerovnováha solí a vody v těle vede k poškození ledvin, srdce a mozku. Nižší hladina kalia může být příčinou nepříjemných křečí a srdečních záchvatů. Bulimičky mají vinou zvracení také častý tok kolem příušních žláz, což vede k pocitu otýlosti a další potřebě kontrolovat váhu. (Papežová, 2000, s. 49)

„Pacientky s mentální anorexií se dožívají průměrného věku asi 33 let. V této době umírá až 20 % nemocných (smrtelně končí úplné hladovění po 50–70 dnech a po ztrátě více než 1/3 proteinových zásob u pacienta, který nebyl předtím obézní). Na této statistice se podílí také abúzus laxativ, diuretik a hormonů štítnice za účelem co největšího a nejrychlejšího odstraňování energie z těla, což je velmi typické zvláště pro pacienty s mentální bulimií. Onemocnění může být tedy smrtelné a končí tak u 5–6 % nemocných anorexií a typické je, že nemocní se i přes výrazný váhový úbytek a metabolické změny mohou cítit vlivem adaptačních změn bez výraznějších tělesných obtíží a subjektivně vnímají svůj tělesný stav jako velmi dobrý. Smrt nastává v důsledku maligních arytmií či srdečního selhání při depleci minerálů a ztrátě kritického množství bílkovin. Statistika úmrtnosti se u nemocných s bulimií ještě zvyšuje vlivem sebepoškozování, sebevraždami,

zneužívání drog, alkoholu a jiných návykových látek. K tomu přistupuje abúzus laxativ, diuretik a hormonů štítnice za účelem co největšího a nejrychlejšího odstraňování sněžené potravy z organismu. Je proto třeba trvale pečovat o stav výživy a zabránit tak těžkým a mnohdy smrtelným komplikacím.“ (Navrátilová, Hamrová, 2009, s. 24-25)

3.6 Léčba a prevence mentální anorexie a mentální bulimie

Alarmující je fakt, že je mentální anorexie nejčastější psychickou poruchou vedoucí ke smrti. Tuto nemoc tedy nelze bagatelizovat a při nezastavitelném hubnutí je nutné poskytnout odbornou ambulantní léčbu v podobě nutriční terapie spolu s angažovaností psychologa a psychiatra, v akutnějších případech je vhodná hospitalizaci pacienta. Návrat k jídelním návykům a úprava tělesné váhy jsou klíčové body terapie mentální anorexie a mentální bulimie.

Odpor k jídlu pokračuje u anorektických pacientek i během terapie, které všemožně podvádí – schovávají jídlo, pijí velké množství tekutin před vážením apod. Dívky předstírají spolupráci pod záminkou brzkého propuštění z nemocnice, aby mohly zase aktivně hubnout.

Účinná psychoterapie musí být dlouhodobá a přimět pacienta k uvědomění si vlastní identity a individuality a výživu přijmou jako normální biologickou funkci. Léčba bývá efektivní za předpokladu, že je pacient ochoten spolupracovat. (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 200) Jako vhodný způsob léčby se ukazuje kontakt se stejně nemocným. Svépomocné skupiny mohou být vhodnou podporou. U nás byla první svépomocná organizace založena Psychiatrickou klinikou 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Postup a metody léčby je třeba přizpůsobit dle tělesného a psychického stavu pacienta. Psychofarmaka jsou aplikována podle přítomné psychopatologie, případně antidepresiva při depresivní a obsedantně-kompulzivní symptomatologii. (Studená, online, cit. 2014-12-02)

Jako účinná prevence poruch příjmu potravy se ukazuje učení dětí poznávat své vlastní tělo, jeho funkce, rozměry a potřeby tak, aby byly děti připravené na jeho změny

a růst v pubescenci. Měly by porozumět tělesné přestavbě jako normálnímu výrazu zákonitého pochodu. (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 227)

Podle dlouhodobých studií lze konstatovat, že je mentální bulimie na rozdíl od mentální anorexie mírnější a u většiny pacientů dojde k uzdravení. Podle Kellera dokládá po třech letech sledování bulimických pacientů úplné zotavení u 69%. (Krch, 1999, s. 22)

4 SUICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ

Pud sebezáchovy, kterým je člověk vybaven, aby přežil, se za určitých okolností může ovlivnit jiným motivem, který má zdánlivě větší sílu. (Vágnerová, 2004, s. 181)

„Suicidium představuje vědomé a úmyslné ukončení vlastního života. Širším pojmem je suicidální chování, zahrnující vedle dokonaných suicidií i suicidální pokusy, záměry, myšlenky a fantazie. Suicidální jednání pak zahrnuje behaviorální projevy, které aktivně směřují k sebevražednému činu.“ (Fischer, 2009, s. 62)

Statistiky udávají, že dobrovolné ukončení života je jedna z velmi častých příčin úmrtí mládeže. U dětí do 14 let je sebevražedné chování poměrně vzácné, avšak počet sebevražedných pokusů a suicidií dramaticky stoupá v adolescenci, kde představuje třetí nejčastější příčinu smrti v tomto věku. (Hort, Kocourková, s. 240-242)

V ČR představují dokonaná suicidia u dospívajících stále znepokojivý jev, i když u adolescentů se ve větším rozsahu množí pokusy o sebevraždu. Jako nejrizikovější se jeví období od patnácti do dvaceti let věku. (Mühlpachr, 2002, s. 64)

Ve věkovém období 15 - 19 let v roce suicidovalo 1998 celkem 57 osob, z toho 46 chlapců a 11 dívek. U dětí do patnácti let život sebevraždou ukončilo 9 dětí, z toho 5 chlapců a 4 dívky. Znepokojivý je nárůst suicidality (s menšími výkyvy) u dětí do 14. roku života a dospívajících v 90. letech, kterou udává tabulka č. 2. Suicidálních pokusů je přitom až dvacetkrát více.

Tab. č. 2: Suicidalita ve věkových kategoriích do 14 let a od 15 do 19 let v 90. letech v ČR, na 100 000 obyvatel

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
do 14 let	0,3	0,1	0,3	0,24	0,2	0,56	0,47	0,37	0,22	0,51
15-19 let	3,8	2,7	5,4	4,6	5,4	7,24	9,2	8,91	7,33	7,57

Zdroj: Hort, 2008, s. 406

„Za sebevraždu je označován takový způsob autodestruktivního jednání, který zřetelně vyjadřuje úmysl jedince dobrovolně ukončit vlastní život a cílevědomou snahu zvolit k tomuto účelu takové prostředky, u nichž je možno předpokládat, že k zániku povedou“ (Vykopalová, 2002, s. 131). Proto je nutné odlišit sebezabití, kde na rozdíl od sebevraždy chybí vědomý úmysl dobrovolně zemřít. Takové suicidální jednání se objevuje u např. halucinací, kdy se člověk hodlá zachránit skokem z okna. (Tamtéž)

4.1 Historie suicidálního chování

Pohled na sebevražedné chování se měnil v průběhu dějin a je odlišný v různých kulturách. Pro některé národy znamenala sebevražda cestu pro lepší posmrtný život, jiní si brali život ze strachu ze stárí. U válečníků byla sebevražda mnohdy povinná, neboť museli odejít ze života společně se svým náčelníkem. V řecké i římské kultuře bylo pro poražené v boji ctí, aby padli svým mečem namísto toho, aby byli zajati nepřítelem.

V křesťanském myšlení byla sebevražda jako taková vnímána negativně. Mučednictví, které se však v křesťanství objevuje, lze chápat jako jistou formu sebevražedného chování. Během 18. a 19. století docházelo k vzestupu sebevražednosti zejména ve městech. Příčinou byla průmyslová revoluce a stěhování obyvatel z venkova do měst, což zapříčinilo prudký vzrůst počtu městského obyvatelstva.

V 19. století představovala sebevražda hlavní zločin proti náboženství. Církev postupně začala připouštět, že jedinec může podléhat podnětům, které však nemůže ovládnout. V rámci křesťanské a sociální logiky církev pravidelně připomínala zákaz sebezabití, až do roku 1917, kdy vyšel nový náboženský zákon. Sebevražda se tak stala pro církev jakousi duševní chorobou, pokud měl zemřelý v úmrtním listu tento nálezný, měl právo na církevní pohřeb. (Doskočilová, 2008, s. 11-13)

Odborná psychiatrická literatura sebevraždy studuje od 18. století. Z klasiků se jí zabýval zejména psychiatr Jean Etienne Esquirol. Ten považoval sebevraždu za chorobný projev, který pramení z duševní nemoci nebo lidských emocí a instinktů. Také si všímal sebevražd, které mají za cíl vyhrožovat, dosáhnout výhody či psychicky trápit blízké osoby. Poukázal na negativní vliv literatury, která opěvuje dobrovolný odchod ze života;

v jeho době byl stále ve velké oblibě Goethův román o nešťastné lásce mladého Werthera a jeho dobrovolné smrti, kterou napodobila řada čtenářů. Problematiku sebevraždy se snažil popsat i sociolog Emil Durkheim. Poukazoval na fakt, že při rozhodnutí zemřít nehraje roli vždy jen duševní choroba, ale také společenské faktory. (Pavlovský, Šrutová, online, cit. 2015-01-22)

Ve 30. letech 20. století vzrostla sebevraždnost, což souviselo s hospodářskou krizí, ve 40. letech v důsledku 2. světové války, v 50. letech s politickou situací té doby. V průběhu 60. let minulého století docházelo k postupnému vzestupu sebevraždnosti, s vrcholem v roce 1970, poté můžeme pozorovat pozvolný sestup, který trvá až do roku 2014. Opačný je trend sebevraždnosti u adolescentů, který v dnešních letech naopak stoupá. (Doskočilová, 2008, s. 13)

„Výrazu sebevražda jsou příbuzné pojmy jako sebezabití, dobrovolná smrt, sebeobětování; tyto však vesměs nejsou v historických pramenech považovány za sebevraždu, i když je od sebevraždy nelze v podstatě oddělovat. Slovo suicidium se používá až od 17. století, jde o novolatinskou analogii k starolatinskému výrazu homicidium.“

(Pavlovský, Šrutová, online, cit. 2015-01-22)

Do dnešního dne páchají buddhisté obětní sebevraždy a zaživa, aby poukázali na sociální podmínky, některé kultury využívají svá těla jako bomby ve „svaté válce“.

4.2 Etiologie suicidálního chování

Pokud chceme hodnotit samotný suicidální akt, je nutné přihlížet k razantnosti metody, zvážit potencialitu přežití, místo činu a šanci, zda bude jedinec včas zachráněn. Kocourková rozlišuje možnosti způsobu volby suicidálního pokusu, a to podle nebezpečnosti a možnosti následné záchrany. Za první, měkčí způsob, považujeme např. požití většího množství léků, povrchové pořežání, což je typické jednání pro adolescentní dívky. Tvrdší způsob zahrnuje oběšení, použití střelné zbraně, seskok z výšky apod. Letalita suicidálního jednání je ovlivněna prostředkem, který je právě k dispozici. (Řičan, Krejčířová, 2005, s. 238)

Setkáváme se s tzv. presuicidálním syndromem, který upozorňuje na riziko budoucího suicidálního aktu. Patří sem konkrétní představy o sebevražedném činu, časté sebevražedné myšlenky, dysforická nálada. Dospívající pociťuje smutek a únavu, přítomné jsou i psychosomatické potíže jako je porucha spánku, změna stravovacích návyků apod. U některých případů pozorujeme přeměnu depresivní nálady v uvolnění, které může být způsobeno faktem, že se člověk definitivně rozhodl ukončit svůj život. (Hort, 2008, s. 406)

Součástí každého suicidálního aktu je jak autoagrese, tak agrese vůči svému okolí nazývána heteroagrese. Často je nasměrována vůči rodičům a dalším blízkým osobám, kteří mladým lidem ublížili. Mají imaginární myšlenky, jak se rodiče budou trápit nebo si dokonce představují svůj vlastní pohřeb.

Suicidální chování je výsledkem různých intrapsychických procesů a vnějšího prostředí, osobnostních charakteristik a vnějších zážitků, zejména různých stresujících situací – např. ztráta rodičů, tělesné nebo duševním zneužíváním apod. Suicidální riziko zvyšuje také zneužívání drog. Opakované sebevražedné pokusy zvyšují riziko dokonaného suicidia. (Mühlpachr, 2002, s. 63) Hort (2008, s. 409) tvrdí, že se suicidální jednání opakuje ve čtvrtině případů, z toho 4,3% končí dokonanou sebevraždou.

Kocourková a Koutek uvádějí statistiku souboru 127 pacientů námi zkoumaného věku po sebevražedném pokusu, hospitalizovaných na Dětské psychiatrické klinice FN Motol v letech 1995-1999. Nejčastější motivy pramenily z konfliktů s rodiči (33 %), školních problémů (31 %), kombinace předchozích (18 %), partnerského konfliktu (8 %) a tělesného onemocnění (5 %). (in: Hýbnerová, 2007, s. 74)

4.3 Formy a způsoby suicidálního chování

Sebevražedné myšlenky představují situaci, kdy člověk uvažuje o sebevraždě bez nějakého konkrétního plánování. Otázky na to, co se stane, až tu člověk nebude, jsou v období dospívání časté. Během života se touto hypotetickou otázkou zaobírá většina lidí. Tato představivost většinou nepředstavuje riziko, u těchto fantazií chybí tendence k realizaci. Součástí suicidálního chování se sebevražedné myšlenky stávají tehdy, pokud

jsou intenzivní a jsou těžko odklonitelné. Tyto suicidální tendence představují další krok v suicidálním chování směrem k suicidiu.

Vývoj myšlenek o sebevraždě lze uspořádat dle závažnosti (Höschl, 2002, str. 640):

- Přejícné úvahy o smrti a umírání.
- Přetrvávající stálé myšlenky a úvahy o smrti a opakované přání smrti. Občas se mohou vyskytovat suicidální gesta, např. povrchové řezné ranky na zápěstí.
- Pocity frustrace a impulzivní chování. Jedinec může cítit hněv, agresi používá proti sobě samému, které může vyústit až v sebevraždu.
- Pocit východiska z nouze. Pacient může cítit nedostatek emocionální podpory a zároveň být zahlcen pocity hněvu a zoufalství. Sebevražda je jím pak vnímána jako jediný způsob řešení.
- Logické rozhodnutí ukončit život. Jedinec přistupuje k ukončení života logicky a filozoficky, sebevraždu vnímá jako nevyhnutelné východisko a přemýšlí, kdy a kde k tomuto činu dojde. Riziko sebevraždy v tomto stádiu je velmi vysoké.

Výsledky longitudinální studie zhruba 1500 pubescentů ve věku 14–15 let z roku 1996 dokazují, že 19,4 % těchto adolescentů mělo někdy sebevražedné myšlenky, přičemž častější byly u dívek (23,7 %) než u chlapců (14,8 %). Pokusy o sebevraždu byly zaznamenány u 7,1 % respondentů. Někteří z nich se o sebevraždu pokusili vícekrát – 27 % chlapců a 21 % dívek. Během následujících dvou let se ze zkoumaného vzorku znovu pokusilo o sebevraždu 39 % chlapců a 33 % dívek. (Höschl, 2002, str. 640):

Sebevražda již konkrétně promyšlená a připravovaná se nazývá sebevražedná tendence. Postižený naplánuje čas a místo své smrti a k tomu zajistí způsob sebevraždy – např. pořídí si léky či braň. Sebevražda může být buď pečlivě připravována, nebo může být výsledkem impulzivního jednání. Suicidální myšlenky a tendence jsou charakteristické verbálními či neverbálními projevy, které naznačují, že se postižený zabývá myšlenkami na sebevraždu, např. má sebevražedné vyhrůžky. Okolí si často mylně myslí, že lidé, co o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchají. Tyto tendence jsou však odrazem psychiky a je

důležité jim věnovat pozornost. (Hýbnerová, 2007, s. 69) Vágnerová (2004, s. 246) dělí motivace na následující fáze:

- fáze symbolické úrovně suicidálních tendencí, kde se člověk vypořádává se stresem a řadě specifických zátěží, sebevražda se ukazuje jako možnost řešení problému,
- fáze plánování, typická přijetím sebevraždy jako nejvhodnějšího způsobu řešení problému, rozvaha o způsobu možné realizace,
- fáze uskutečnění.

Sebevražedné jednání v dětství a adolescenci přichází zkratkovitě buď bez varovného signálu, častěji lze pozorovat několik vývojových stádií, nazývané jako tzv. presuicidální syndromy, které signalizují nebezpečí sebevraždy.

Mezi presuicidální syndromy u mládeže řadíme:

- suicidální myšlenky, které postupně nabývají na intenzitě,
- dysforická náladu – dítě je smutné, unavené,
- vyhýbání se kolektivu a někdejšími zájmům,
- psychosomatické obtíže (bolesti břicha, hlavy, spánková porucha) a jejich následkem i absence ve škole,
- změny v jídelních zvyklostech. (Hýbnerová, 2007, s. 80)

Dalším stupněm suicidálního chování je suicidální pokus. O něm mluvíme tehdy, pokud se sebevražda z různých příčin nezdařila. Sebevražedný pokus, parasuicidium, se tedy od dokonané sebevraždy liší přežitím. Důvodem může být nedokonalé provedení, volba špatného způsobu a prostředku sebevražedného chování, zásah okolí atd. V některých případech jednají lidé suicidálně a podstupují riziko úmrtí, aby na sebe z různých důvodů upoutali pozornost. Jedná se tak o pouhou demonstraci jako prostředek k manipulaci a citovému vydírání okolí. Děti a mládež se k sebevražedným pokusům často uchylují bez opravdového úmyslu zemřít, chtějí spíše upozornit okolí na jejich tíživou situaci. Opakované demonstrativní sebevražedné pokusy okolí hodnotí jako projev zbabělosti a slabosti. I zdánlivě neškodná manipulace v podobě předstírání sebevraždy

může mít fatální následky. Je známo, že kolem 40% sebevražedných pokusů předcházelo pokus dřívější. (Vágnerová, 2004 s. 506)

Höschl (2002, s 645-647) suicidální jedince rozděluje do tří skupin: - ti, co se pokouší o sebevražedný pokus málokdy, ti, co se o něj pokouší často během krátké doby a ti, co se o něj pokouší chronicky často. Odhady uvádějí poměr mezi sebevražedným pokusem a sebevraždou 8:1. Lze pozorovat demografické rozdíly – sebevražedné pokusy jsou 3x častější mezi ženami, sebevražda je naopak 3x častější u mužů.

Poslední a nejhorší formou sebevražedného chování je dokonané suicidium. (Koutek, Kocourková, 2007, s. 29) *„Dokonané suicidium je charakterizováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít.“* Tato definice však naráží na výše uvedený fakt, že je nejednoznačné, zda jedinec suicidálně jedná s opravdovým úmyslem ukončit život. Stengel (in tamtéž, s. 29) upravil definici dokonání suicidia na *„každý záměrný sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije“*.

Nástroj, který sebevrah ke svému činu vybere, odráží více skutečností:

- dostupnost prostředku (mladiství mají horší přístup např. ke střelné zbrani),
- spolehlivost daného prostředku – pokud se jedná o demonstrativní pokus zemřít, volí jedinec méně spolehlivé prostředky než člověk, který je k smrti pevně rozhodnut)
- sociálně-demografické charakteristiky (pohlaví, věk apod.),
- motiv sebevražedného jednání (Hýbnerová, 2007, s.72)

Volba sebevražedných prostředků je podmíněna jejich dostupností, ale i příslušností k pohlaví. U mladistvých je nejčastějším způsobem sebevraždy strangulace u chlapců a skok z výšky u dívek, méně časté jsou ostatní způsoby ukončení života. (Mühlpachr, 2002, s. 57)

„Postoj k sebevražednému jednání může ovlivnit i mechanismus učení, taková reakce může být nápodobou podobného řešení zátěžové situace někým jiným, kdo je obecně uznávanou autoritou, citově blízkým člověkem, nebo dokonce jen postavou v mediálně prezentovaném příběhu, s níž se lze identifikovat.“ (Vágnerová, 2004 s. 498) Tento mechanismus se nazývá Werthův efekt.

Oproti dospělým se v dětském a pubescentním věku nachází větší pestrost ve formách suicidálního jednání. Podle Vykopalové (2002, s. 138) jsou jimi:

- *"suicidní myšlenky,*
- *suicidní výhrůžky, které jsou většinou účelovým jednáním,*
- *suicidium demonstrativní, tzv. pseudosuicidium, které je často hodnoceno jako sebepoškozování,*
- *suicidium jako pomsta nebo trest okolí pro dosažení svých požadavků,*
- *suicidium jako sebepotrestání často ovlivněno emocionálním rozpoložením,*
- *suicidium jako zkratková reakce, často v afektu,*
- *suicidium jako napodobení,*
- *suicidální pokus jako podmínka vstupu do party,*
- *suicidium jako následek nutkavých myšlenek,*
- *suicidium jako následek subdepresivních a depresivních stavů."*

4.4 Příčiny suicidálního chování

U dokonaných sebevražd lze motivy vyčíst z dopisů na rozloučenou, jindy na základě sdělení pozůstalých osob. Některé důvody ke spáchání sebevraždy zůstávají záhadou. „*Při zjišťování motivace u dokonaných sebevražd byla dle statistiky Ústavu zdravotnických informací pro rok 2000 určena pouze u necelých 41 % případů, přičemž nejčastějším motivem bylo v 9,8 % případů duševní onemocnění, v 9,3 % to byly zdravotní problémy a tělesná vada. Dále se jednalo o konflikty a rodinné problémy. U mladší věkové skupiny dětí a dospívajících do 19 let jsou to v největší míře u chlapců problémy v rodině, ve škole a v zaměstnání, u dívek pak duševní onemocnění a jiné zdravotní obtíže. U sebevražedných pokusů jsou podle statistiky z roku 1989 nejčastějším motivem pro všechny věkové skupiny konflikty a problémy v rodině.*“ (Hýbnerová, 2007, s. 73)

Skupina mladistvých má specifické motivy k suicidiu. Silně se uplatňuje impulzivní zkratkovité jednání, příčiny sebevražd jsou tudíž velmi subjektivní a souvisejí s nedostatečným zhodnocením situace. (Mühlpachr, 2002, s 57)

V případě sebevražedných pokusů lze s postiženým o motivech sebevraždy hovořit. Mladiství, kteří po něm byli dotazováni na stimul svého činu, uvedli, že motivem byla snaha vyhnout se pro ně bezvýchodné situaci, nebo způsob vysvobození od negativních myšlenek či pocitů. Dalším podnětem může být pokus uniknout před pocity odmítnutí, zklamání z partnerských či rodinných vztahů.

Na vzniku suicidálního chování se podílí nepochybně více etiologických faktorů. Sebevraždy mohou být doprovodným jevem některých psychiatrických chorob. Odhaduje se, že se deprese podílí na 70-80 % dokonaných sebevražd. Riziko sebevraždy u depresí v adolescenci je asi 20krát vyšší oproti zdravým vrstevníkům. Další závažnou duševní poruchou spojenou se suicidálním rizikem je schizofrenie. Podle různých studií 2-12 % schizofreniků suiciduje a riziko sebevraždy je u této poruchy o 10-20 % vyšší než u běžné populace. Také zneužívání alkoholu a užívání drog podněcuje k sebevražednému chování. Intoxikace organismu působí jako spouštěč, který svým účinkem sníží kritičnost a umožní suicidální jednání. Suicidální jednání je též spojeno s poruchami příjmu potravy, kdy se podílí významnou měrou na mortalitě tohoto onemocnění. K mentální anorexii patří často depresivní syndrom, který může vyústit v suicidální pokus, případně v dokonanou sebevraždu. Bulimie je pak často spojena se suicidálními pokusy, ani zde letální konec nelze vyloučit. (Koutek, online, cit. 2015-02-08)

„Významný vliv mají různé psychiatrické syndromy, zejména afektivní poruchy (může jít též o psychotické poruchy). Často se uvádí souvislost se specifickými poruchami osobnosti, jako je hraniční osobnost nebo osobnost s disociálními rysy. U dospívajících se nejčastěji zdůrazňuje souvislost s poruchami nálady, poruchami chování a hraniční osobnostní strukturou.“ (Koutek, Kocourková, online, cit. 2015-02-06)

Také špatné rodinné zázemí se ukazuje jako významný faktor ve vzniku suicidálního chování. Mezi základní rizikové faktory v této oblasti patří nefungující rodinné vztahy, ztráta základní citové osoby, citová deprivace, alkoholismus rodičů, zneužívání, deprese a suicidálním chováním u rodičů. Traumatizující jsou i dlouhodobé konflikty v rodině, složitý rozvod rodičů a následné spory o dítě.

U 39 pacientů se suicidálním pokusem mělo 28% fungující rodinu, 33% rozvedené rodiče, 15% konfliktní partnerské vztahy u rodičů, 10% úmrtí jednoho z rodičů a u 14% hrály roli jiné rodinné problémy. Suicidální jednání může podnítit i školní prostředí, kde se může objevovat šikana a studijní neúspěchy. (Hort, 2009, s. 407-408)

4.5 Léčba suicidálního chování

Cílem péče o suicidálního pacienta je ochrana před další možnou sebevraždou do té doby, než je opět schopen převzít tuto zodpovědnost zpět na sebe. Dospívající se po suicidálním pokusu dostávají nejprve do péče lékařů záchranné služby, akutní péče jednotek intenzivní péče, pediatrů, chirurgů a dalších somatických oborů a teprve poté do rukou psychiatrů a psychologů. Psychiatrické vyšetření je zaměřeno na závažnost proběhlého sebevražedného jednání, na přítomnost případné duševní poruchy a na riziko tohoto jednání do budoucna. Terapeut také pomáhá pacientovi najít pozitivnější pohled na sebe, posílit jeho sebeúctu, pocit, že někam patří a že je schopen své problémy řešit a ostatní jsou schopni mu v řadě věcí pomoci. Terapeut diskutuje s postiženým o jiných možnostech řešení problémů, než je ukončení života. (Praško, 2006, online, cit. 2015-01-02)

Podle výsledku vyšetření se stanovuje terapeutický plán. Při akutním nebezpečí suicidia je nutná hospitalizace s použitím sedativní farmakoterapie. Většinu pacientů s lehčími suicidálními tendencemi je však možné léčit ambulantně, pokud se podařilo vytvořit důvěryhodný vztah terapeuta a pacienta, daří se často monitorovat jejich stav a pacient má podporu v rodině nebo v přátelských vztazích.

Farmakoterapie pomáhá ke zklidnění pacienta a k léčbě případné zjištěné duševní poruchy. Pokud pacient vykazuje známky deprese, uplatňují se při léčbě antidepresiva, dále ke zklidnění benzodiazepiny a neuroleptika (Hýbnerová, 2007, s. 86)

„Cílem posouzení není pouze charakter suicidálního chování, ale celková psychologická a psychopatologická charakteristika dítěte, jeho rodiny i sociálního prostředí, v němž žije. Důležitou okolností vyšetření je posouzení míry suicidálního rizika. Při vyšetření dítěte zjišťujeme rodinou a osobní historii, v níž nezřídka nacházíme

zkušenosti dítěte se suicidálním jednáním jiné osoby, např. z rodiny, okruhu vrstevníků, nebo někdy z médií. V osobní historii dítěte si musíme všimnout traumatizujících zážitků a zkušeností, různých ztrát v životě dítěte a způsobu, jak na ně reagovalo. Diagnosticko-terapeutický proces musí být zaměřen jak na zvládnutí akutní suicidální krize, tak na oslabení tzv. suicidálního rizika“ (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 240)

Kvalitní diagnostické posouzení vyžaduje schopnost citlivě prozkoumat suicidální motivaci, kterou dítě z obavy z rodičů nebo hospitalizace může skrývat. Někdy psycholog i psychiatr váhají, zda se mají dítěte přímo ptát na jeho motivy, přání a fantazie vztahující se k suicidiu. Účinnější cestou se zdají být projektivní metody, volná kresba či hra dítěte. Dialog s rodiči přináší nejen diagnosticky cenné informace o životě potomka, ale také psychoterapii rodinných příslušníků, kteří v takovéto situaci mohou cítit vztek či pocity viny. (Tamtéž, s. 240)

Další nutností je porozumět motivaci dospívajícího. Motivace může souviset s přáním získat větší pozornost okolí, potřeby uniknout z neuspokojivého prostředí, spojit se se zemřelou osobou. V suicidálním jednání též může být kromě autoagresivního motivu přítomen motiv heteroagresivní. Suicidální motiv může také vycházet ze závažné psychopatologie. Odborníci také hodnotí rodinnou situaci (možnost týrání nebo sexuálního zneužívání), vztahy k nejbližším osobám, zneužívání alkoholu a drog, zjišťuje se možná šikana ve škole.

Z psychoterapeutických metod se často využívají následující:

- individuální psychoterapie – může mít formu podpůrnou, zaměřenou na zvládnutí krize a posílení pacientova „Já“,
- skupinová psychoterapie – cílem je zlepšení komunikace, korektivní rekapitulace zážitků a korektivní zkušenost. Skupina je zaměřena na oblast interpersonálních vztahů a využívá skupinové dynamiky,
- rodinná terapie – pomáhá zlepšit fungování rodiny jako celku i u jednotlivých členů rodiny. Pracuje se na řešení rodinných konfliktů a maladaptivních vzorců, které působí dlouhodobé obtíže. Řeší se i přístup rodičů a dalších členů rodiny k suicidálnímu dítěti. Tato forma může být využita i v případě, že dítě či adolescent sebevraždu dokončil,

- neverbální psychoterapeutické přístupy, jako například arteterapie, muzikoterapie, relaxační techniky, atd. (Hýbnerová, 2007, s. 87)

Musí se pečlivě zhodnotit nebezpečí opakování suicidálního pokusu, užitečnou pomůckou bývají posuzovací škály a dotazníková metody, pomocí nichž zjišťujeme přítomnost deprese a suicidálních tendencí. (Hort, 2008, 409)

4.6 Prevence suicidálního chování

V případě sebevražděného jednání je cílem prevence snížit výskyt tohoto chování. Je zaměřena nejen na děti a adolescenty samotné, ale také na rodiče, blízké osoby, školy, média a odborníky, které dětskou psychiku ovlivňují. Prevence oslabuje rizikové faktory, které se spolupodílejí na vzniku sebesuicidálního chování, dále posiluje ochranné faktory člověka. Na straně protektivních faktorů je to podpora rodinného zázemí, zájmové činnosti, fungujícího vzdělávacího procesu apod. (Hort, 2005, s. 106)

Primární prevence je orientována na osoby, u kterých dosud nemusí být patrné projevy klinické poruchy. Sekundární prevence je orientována na včasné zachycení a léčbu hrozícího suicidálního jednání, dále pečlivé zhodnocení a pomoc dospívajícím se suicidálními projevy. Za součást sekundární prevence je považována krizová intervence. Terciální prevence se snaží zmírnit následky suicidálního pokusu a zabránit jejímu opakování. (Fischer, Škoda, 2009, s. 80)

Nejdůležitější psychoterapeutické zásady krizové intervence:

- *Nezbytnost navázat s postiženým kontakt a ten dále rozvíjet.*
- *Potřeba udržet komunikaci.*
- *Poskytnout chybějící prvky sociální podpory.*
- *Musíme dát klientovi najevo svoji empatii, což ovšem neznamená souhlas s jeho jednáním.*
- *Je nutné porozumět suicidálnímu jednání jako volání o pomoc.*
- *Je třeba společně hledání alternativního způsobu řešení problémů.*

- *Je třeba hledat alternativy i pro budoucnost pro řešení krizí.*
- *V případě duševní poruchy při hrozícím opakování sebevražedného jednání je nutné zajištění následné péče.*
- *Minimalizovat dostupnost prostředků použitelných k suicidii.*“ (Tamtéž, s. 81)

Cennou úlohou při předcházení suicidálního jednání disponují linky důvěry, které nabízejí anonymní telefonický rozhovor s odbornými konzultanty o aktuálních problémech vyžadujících naléhavého řešení. Podnětem pro vznik linek důvěry byla sociální situace ve velkých městech vyznačující se vysokou frekvencí depresí, sebevražedných pokusů i dokonaných sebevražd. Linky tedy měly představovat určitou formou prevence.

Telefonická krizová pomoc je souborem metod a technik krizové práce s klientem. Jde o nezávazný, jednorázový nebo opakovaný kontakt, o jehož začátku a délce rozhoduje klient. Pro mnoho lidí tak telefonický kontakt znamená bezpečnou formu spojení, neboť se bojí svěřit někomu známému. Nonstop linka nabízí jak rady či pomoc při zvládnutí krizových situací, tak informace o kontaktech vhodné následné péče. Děti a mládež pomocí telefonické poradny řeší problematiku sebevražd a sebepoškození. (Vodáčková, 2002, s. 264-266)

V roce 2012 přijali operátoři linky důvěry v průměru tři hovory denně kvůli úvahám nad sebevraždou. V nejednom případě musí linka spolupracovat se záchrannou službou. Dotazy také děti posílají pomocí emailové poradny nebo využívají možnosti online chatu. *"Obecně se mluví o tom, že roste zátěž na děti. Je potřeba se toho víc učit, je potřeba chodit do víc kroužků, být hodně produktivní, být výkonový. Ta stresová nálož může vést k tomu, že dospívající či dítě to přestane zvládat. (...) Napadne ho pak, že jediná cesta úniku je přes sebevraždu. (...) Hodně se dotazy dětí týkají rodinných vztahů, ať už jsou to vyhrocené situace, které přecházejí do týrání nebo zneužívání. Týkají se také vrstevnických vztahů, vztahů s kamarády nebo i partnerských vztahů,"* uvedl sociální pracovník linky důvěry Jan Kaňák. (Česká Televize, online, cit. 2014-12-18)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Výzkumná část diplomové práce se zabývá zkušenostmi mladistvých se sebedestruktivním jednáním. Cílem je objasnit propojení mezi nimi, najít příčiny těchto jevů a zjistit do jaké míry zasahuje do života současné mládeže.

5.1 Průzkumné hypotézy

Pro průzkum byly stanoveny následující 3 hypotézy:

- Hypotéza H1: Dívky jsou více jak v 70 % nespokojené se svoji postavou.
- Hypotéza H2: Sebeпоškozující jedinci mají více sebevražedných myšlenek, než jedinci, kteří se nepoškozují.
- Hypotéza H3: Děti z neúplných rodin mají větší sklony k sebeпоškozování, než děti z rodin úplných.

Tyto hypotézy chci pomocí získaných výsledků z vlastního šetření verifikovat nebo naopak falzifikovat.

5.2 Metody výzkumného šetření

K řešení výzkumného úkolu byl zvolen kvantitativní výzkum v podobě dotazníkového šetření, jehož prostřednictvím lze získat velké množství informací v krátkém čase. Dotazník byl poskládán z 16 uzavřených otázek a z 8 polootevřených otázek. Dotazníky byly žákům rozdány ve školním prostředí nebo pomocí emailů.

V přípravné fázi byl proveden předběžný výzkum, který měl ověřit srozumitelnost otázek. Bylo zjištěno, že jsou dotazníky koncipovány vhodně a obsahují jasné a respondentům srozumitelné otázky.

Před vyplňováním dotazníku byli studenti podrobně informováni, jak mají při jeho vyplňování postupovat. Aby byly informace nezkreslené a děti se nebály na intimní otázky upřímně odpovídat, byl dotazník anonymní.

Poté bylo osobně rozdáno či posláno pomocí emailu 120 dotazníků. Jejich návratnost byla 89% (107 dotazníků), přičemž pět dotazníků bylo následně vyřazeno z důvodu zřejmého zkreslování údajů. 102 dotazníků vyplnili žáci relevantně a data bylo možné dále zpracovávat - to znamená, že 85% z celkového počtu dotazníků bylo přijatelných ke zpracování, což předpokládá, vzhledem k nízkému věku respondentů, dostatečnou reliabilitu výzkumného šetření. Na konci průzkumu byly získané údaje porovnány s hypotézami, vypočteny četnosti odpovědí a provedeno jejich statistické vyhodnocení. Získané údaje byly zaneseny do datové matice a z ní potom do přehledných grafů nebo tabulek.

Při získání respondentů mi vyšla vstříc Základní škola Na Výsluní, Gymnázium J. S. Machara, Střední zemědělská škola a Integrovaná střední škola Františka Melichara, kde mi velmi ochotně byli nápomocni. Většina respondentů je ze Středočeského kraje, všichni navštěvují školní docházku v Brandýse nad Labem-Staré Boleslavi.

5.3 Charakteristika výzkumného vzorku

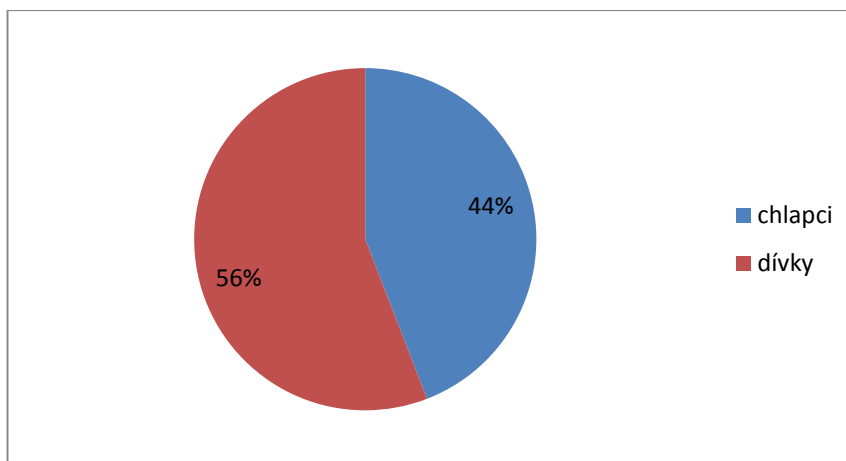
O vyplnění dotazníku jsem požádala pouze mladistvé respondenty, věkové rozmezí oslovených respondentů je tedy 14 – 19 let. Jak již bylo zmíněno, do výzkumného vzorku bylo zahrnuto 102 respondentů, z nichž bylo 57 dívek (65%) a 45 chlapců (44%). Informace jsou zpracovány v grafu č. 1. a tabulce č. 1.

Tab. č. 3. Struktura respondentů podle věku (četnost)

věk	chlapci	dívky	celkem
14	6	9	15
15	7	14	21
16	11	13	24
17	14	15	29
18	5	4	9
19	2	2	4
celkem	45	57	102

Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Graf č. 1: Složení respondentů dle pohlaví



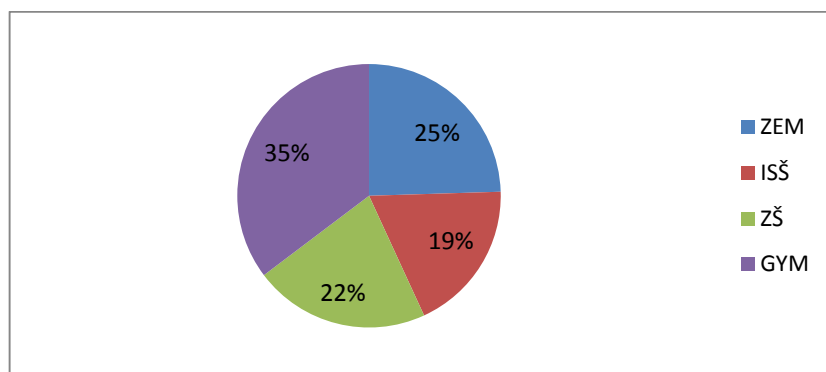
Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

5.4 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Přehled odpovědí na otázku číslo 2. „Typ školy, kterou studujete?“

Ve struktuře respondentů bylo 19 % studentů z Integrované střední školy, 22 % žáků posledního ročníku Základní školy 25 %, studentů Zemědělské střední školy a 35 % navštěvovalo vyšší třídy gymnázia.

Graf č. 2. Složení respondentů dle vzdělání

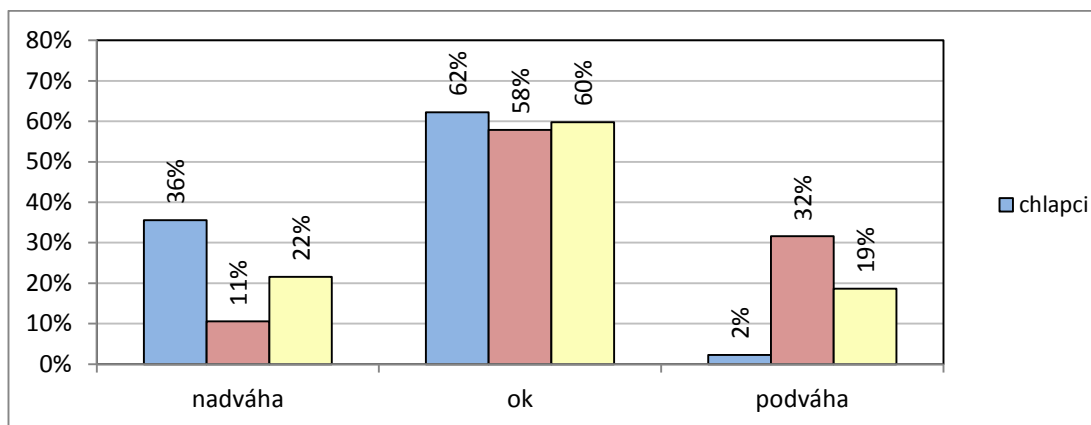


Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Přehled odpovědí na otázku číslo 2. a 3. „Váha a výška?“

V dotazníku jsou otázky na věk, váhu a výšku. Díky těmto třem bodům lze spočítat BMI Index mladistvých. BMI je číslo, které vyjadřuje poměr tělesné hmotnosti k výšce konkrétního jedince. Výpočet BMI pro děti a náctileté ve věku 2 - 20 roků se provádí stejně jako pro dospělé, ale výsledky se pak interpretují pomocí percentilových grafů.

Graf č. 3: BMI Index

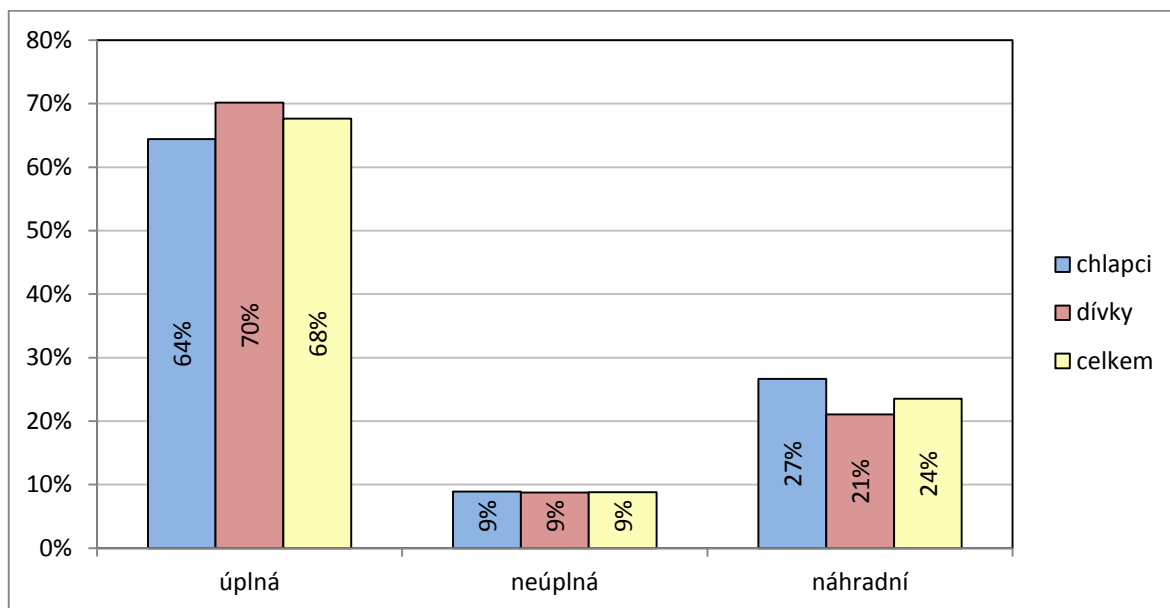


Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Více jak polovina dětí (60 %) má váhu v normě, 22 % dětí trpí mírnou nadváhou a 19% má podváhu. Obezita i přehnaná hubenost může vyústit ve zdravotní komplikace Je zajímavý rozdíl mezi chlapci a děvčaty – zatímco dívky trpí podváhou ve 32 % případů, chlapci pouze ve 2 %. Nadváhou je zasaženo 36 % dotazovaných chlapců, zatímco dívek pouze 11 %.

Přehled odpovědí na otázku číslo 4. „V jaké rodině právě žijete?“

Graf č. 4. Rodinné zázemí



Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

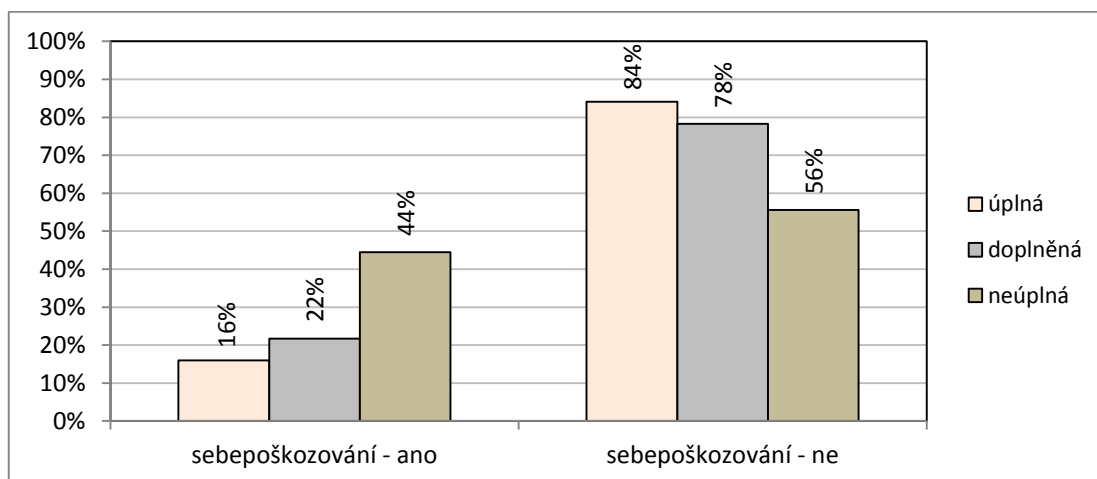
Z grafu vyplývá, že většina dotazovaných žije v úplné rodině (68 %), dalších 24 % žije s jedním rodičem a jeho novým partnerem a 9 % vyrůstá v neúplné rodině pouze s jedním rodičem.

Dítě pro svůj zdravý psychický vývoj potřebuje matku i otce. Rozpad manželství má přímý dopad hlavně na děti, i když ty na něm nenesou podíl viny. Mladiství zasažení rozvodem mají sklon k depresím, k častým výkyvům nálad, zhoršuje se prospěch ve škole apod. U některých jedinců může dojít k citovému narušení, které může negativně ovlivnit jeho budoucí život. Rodinné zázemí je důležitým hlediskem, které může ovlivňovat sebevražedné a sebepoškozující chování.

Podle Českého statistického úřadu od roku 2001 až kolem 45 % manželství v České republice končí rozvodem, jsou tedy průzkumná čísla výzkumu diplomové práce potěšující.

V grafu č. porovnáváme asociaci mezi rodinným zázemím a sebepoškozováním. Je patrný rozdíl, který značí, že počet sebepoškozujících se dětí s neúplnou rodinou je vyšší na rozdíl od rodin úplných či doplněných.

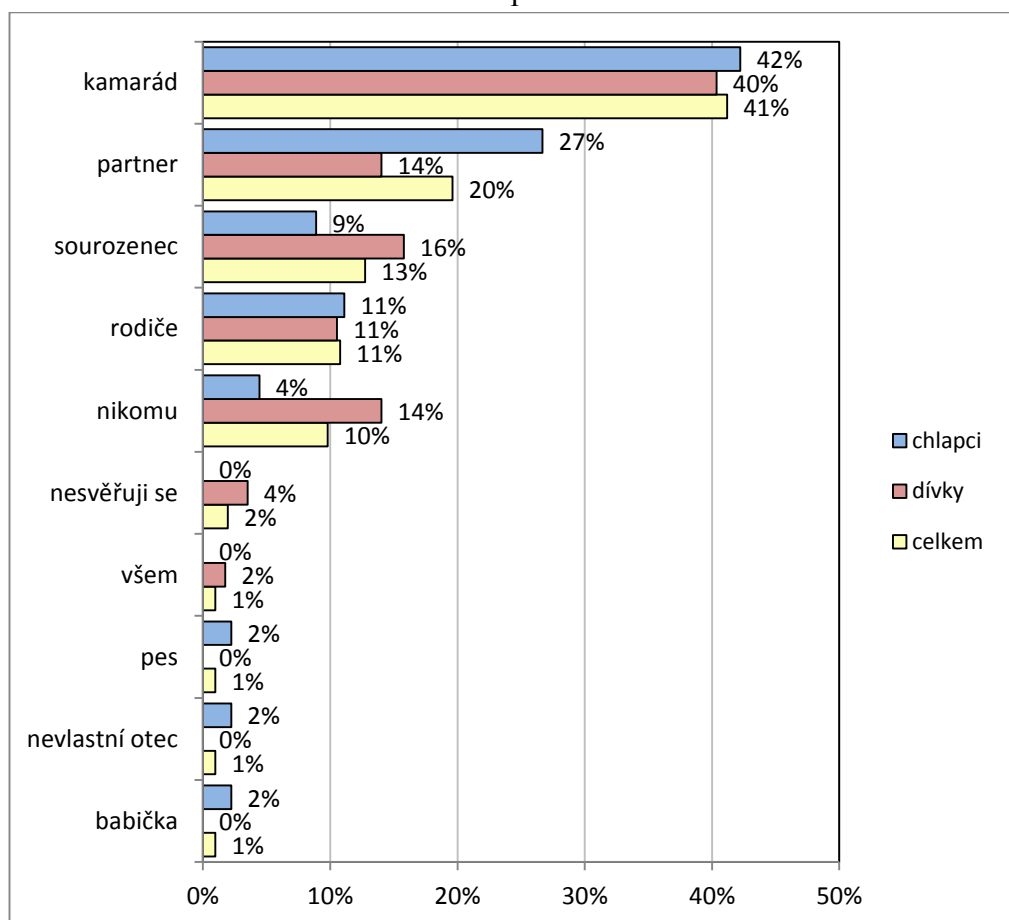
Graf č. 5.: Spojitost mezi sebepoškozením a rodinným zázemím



zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Přehled odpovědí na otázku číslo 5. „S kým nejčastěji řešíte své problémy?“

Graf č. 6: Svěřování problémů



Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Cílem otázky č. 5 bylo zjistit, komu se dospívající nejčastěji svěřují. Nejčastějšími odpověďmi byly: kamarád (41 %), partner (20 %) a sourozenec (13 %). To zřejmě souvisí s obdobím dospíváním a postupným osamostatňováním se od rodiny. Pro tento věk je typické vytváření vrstevnických part a intimnějších partnerských vztahů. Rodičům se děti svěřují v 11 %.

Přehled odpovědí na otázku číslo 6. „Pokusil se/spáchal někdo ve tvém blízkém okolí sebevraždu?“

Tab. č. 4: Výskyt suicidálního chování v okolí respondentů

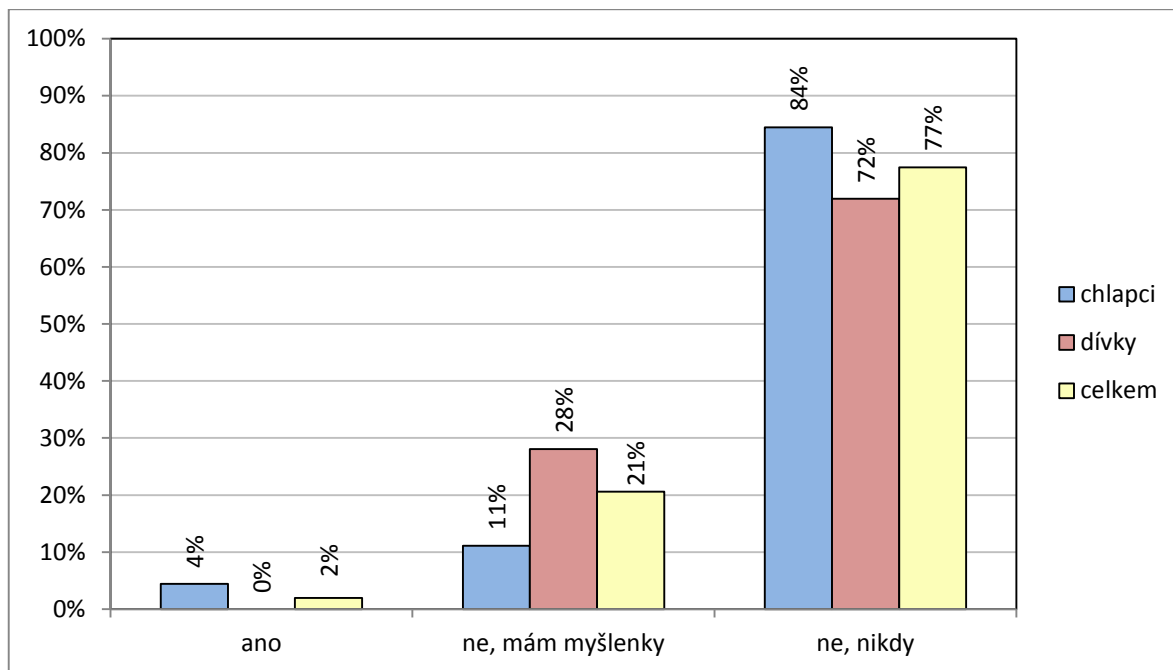
	chlapci	dívky	celkem
ne	80%	91%	86%
ano	20%	9%	14%

Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Z tabulky č. 4 vyplývá, že se sebevražedným chováním u svých blízkých se setkala 14% dotázaných dětí. Tuto otázka byla položena záměrně, neboť se v odborné literatuře zmiňuje, že sebevražda může být páchána jako nápodoba. „*Suicidální řešení problémů dospívajících je častější tam, kde je po ruce určitý vzor (v rodině, mezi vrstevníky, v médiích) a identifikace s tímto způsobem řešení.*“ (Mühlpachr, 2002, s. 62) Možnost inspirace, tedy že v okolí mladistvého kdosi řeší problém ukončením života, lze uvést jako rizikový faktor sebevražedného chování.

Přehled odpovědí na otázku číslo 7. „Spáchali jste někdy sebevraždu?“

Graf č. 7: Suicidální chování respondentů

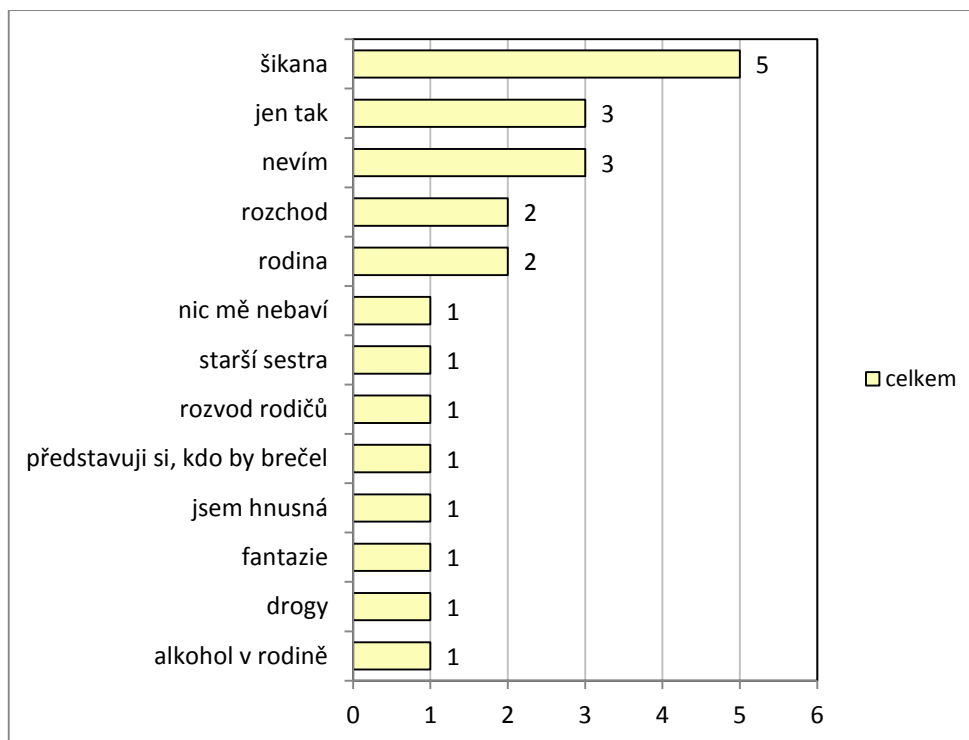


Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Jaké zkušenosti mají dotazovaní se sebevražedným chováním ukazuje graf č. 7. Naprostá většina mladistvých, 77 % nikdy sebevraždu nespáchala a ani na to nikdy nepomyslela. Dalších 21 % respondentů má suicidální myšlenky. Toto číslo nemusí být alarmující, může se jednat pouze o fantazie o tom, co bude, až tu nebudu nebo jednorázová reakce na stresující situaci, avšak chybí motivace k tomuto činu. Příčiny suicidálních myšlenek odhalí graf č. 7. Za pozornost však stojí další odpověď – 2 % sebevraždu již spáchaly.

Přehled odpovědí na otázku číslo 8. „Jaký důvod Vás vedl přemýšlet o sebevraždě/spáchat sebevraždu/plánovat sebevraždu?“

Graf č. 8: Důvody suicidálního chování u respondentů



Zdroj: Denisa Petrášková (vlastní šetření)

Důvody k sebevražednému chování uvádí graf č. 8. Na tuto otázku respondenti odpovídali pouze v případě, že na předchozí otázku č. 7 odpověděli ano.

Přehled odpovědí na otázku číslo 9. „Už jste se někdy sebepoškozoval(a)?“

Tab. č. 5: Zkušenost se sebepoškočováním

	chlapci	dívky	celkem
ne	87%	74%	79%
ano	13%	26%	21%

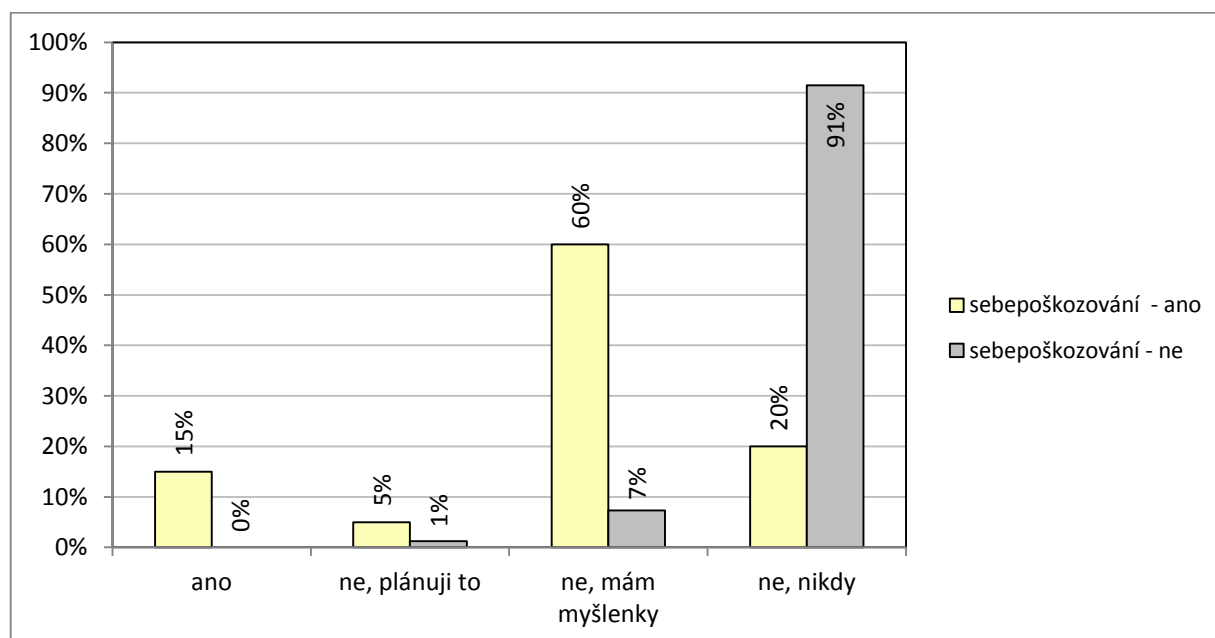
Zdroj: Denisa Petrášková (vlastní šetření)

Nadpoloviční většina oslovených adolescentů (79 %) nemá vlastní zkušenost se sebepoškočováním. Téměř třetina námi oslovených respondentů (21 %) již někdy akt

sebepoškození spáchala. Dívky se podle průzkumu sebepoškozují dvakrát více, než chlapci. Záměrem této otázky bylo rozdělit respondenty na ty, kteří se již někdy sebepoškodili, a ty, kteří tuto zkušenost nemají.

Lze předpokládat, že se děti, které mají zkušenost se sebepoškozováním, také více přemýšlejí nad sebevraždou. Cílem sebepoškozování není však zemřít, ale naopak se sebevraždě vyhnout a zůstat naživu. V žádném případě to ale neznamená, že sebepoškozující jedinec nemá sebevražedné sklony. U sebepoškozujících se osob je riziko sebevraždy několikanásobně vyšší, což potvrzuje i graf č. 9.

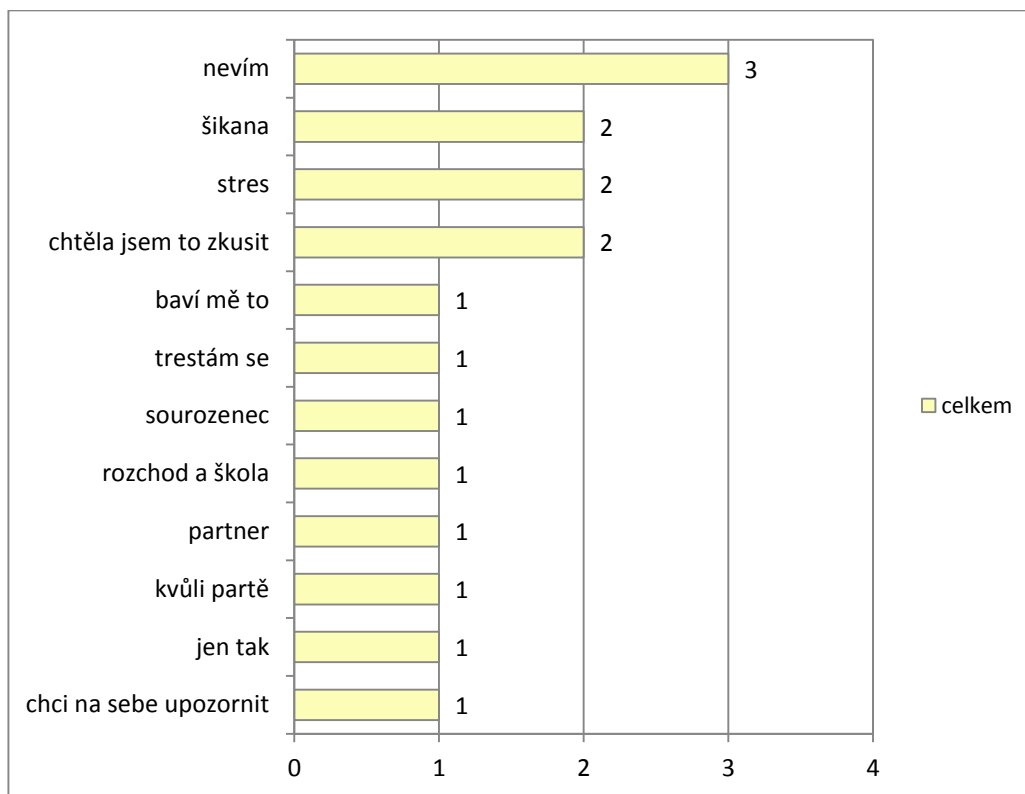
Graf č. 9: Spojitost mezi sebepoškozováním a sebevražednými myšlenkami



Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Přehled odpovědí na otázku číslo 10. „Co Vás vedlo k sebepoškození?“

Graf č. 10: Důvod sebepoškození (četnost)

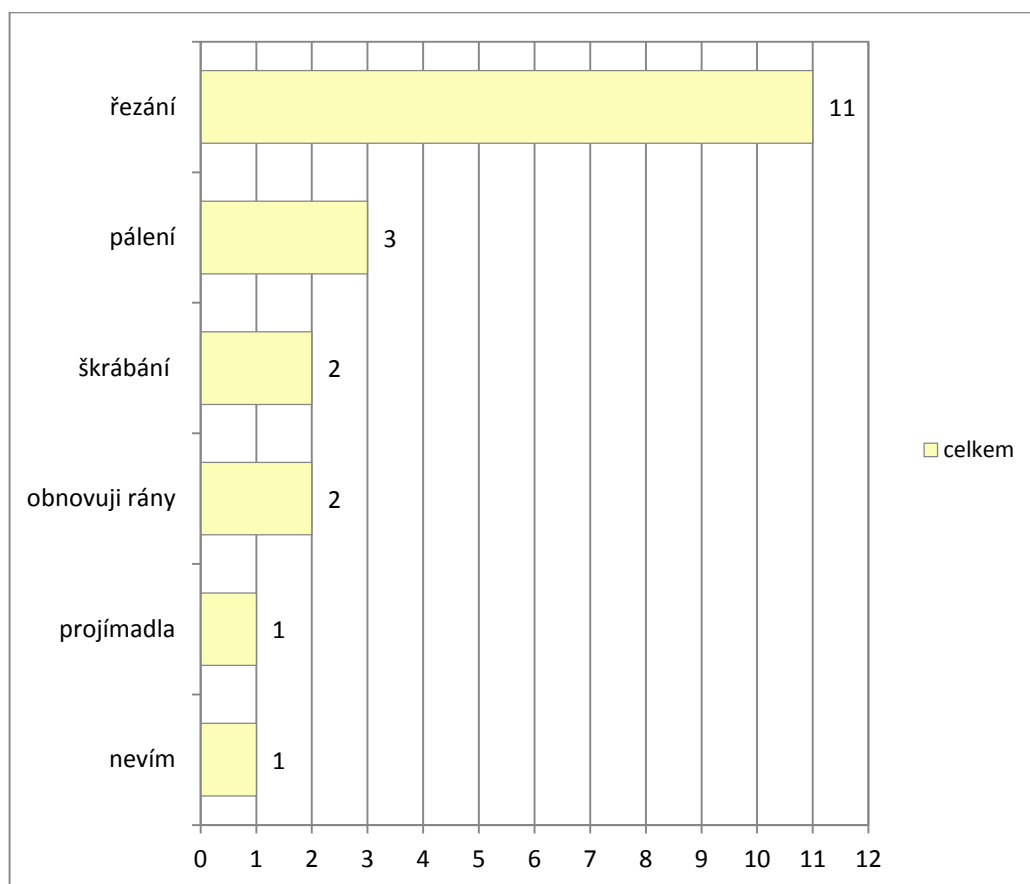


Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Na tuto otázku respondenti odpovídali pouze v případě, že na předchozí otázku č. 9 odpověděli ano. Nejčastěji možnost „nevím“ se zde vyskytla třikrát. Dva z odpovídajících uvedli, že jejich důvodem, proč se sebepoškozením začali, reagovali odpovědí „šikana“, dále dva respondenti uvedli odpověď „stres“ a „chtěl jsem to zkusit“. Po jedné odpovědi byly zvoleny jiné příčiny – „baví mě to“, „trestám se“, „sourozenec“, „rozchod a škola“, „partner“, „jen tak“, „chci na sebe upozornit“. Podobný výsledek byl očekáván, zastoupeny zde jsou příčiny, které jsou uváděny v literatuře a jsou podloženy výzkumy odborníků.

Přehled odpovědí na otázku číslo 11. „Jakým způsobem jste se sebeškodili?“

Graf č. 11: Způsob sebeškození (četnost)



Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Na tuto otázku odpovídali respondenti v případě, že na otázku č. 8 odpověděli ano. Nejčastěji respondenti volili možnosti „řezání“ (11), „pálení“ (3), „škrábání“ (2), „obnovuji si rány“. Podobné zastoupení můžeme vidět i ve výsledcích v literatuře. Jeden z respondentů uvedlo, že „nevím“, čím si ublížil a jedna dívka uvedla odpověď „projímadla“.

Přehled odpovědí na otázku číslo 12. „Jak často se sebeoškozujete?“

Graf č. 12: Frekvence sebeoškozování (četnost)

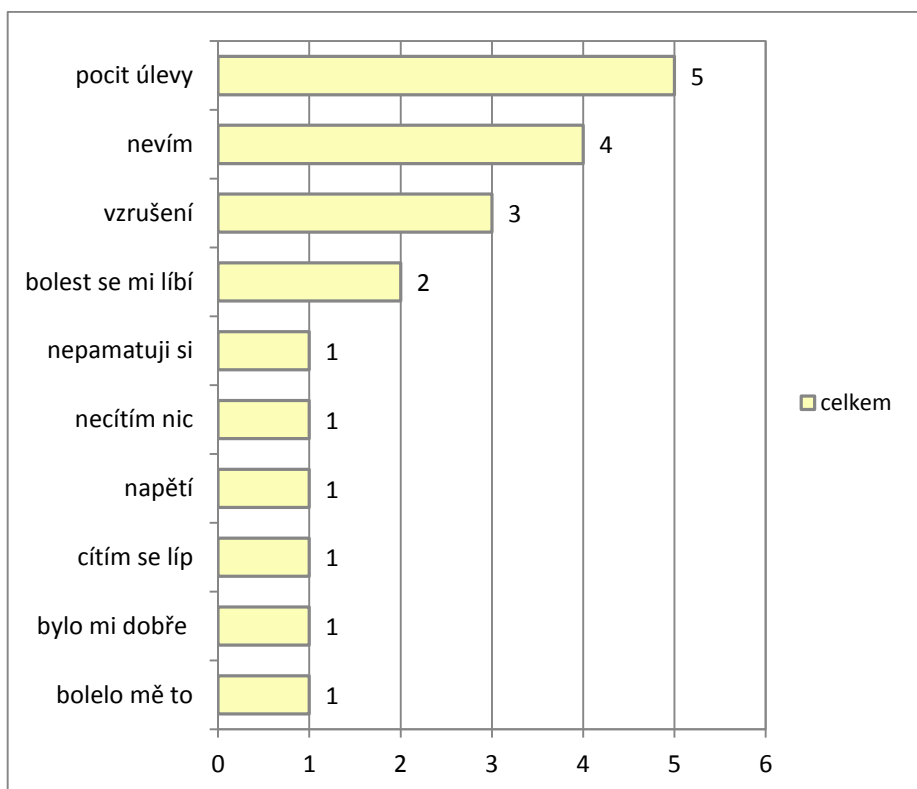


Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Na tuto otázku respondenti odpovídali pouze v případě, že na předchozí otázku č. 8 odpověděli ano. Nejvíce frekventovaná odpověď u dívek i u chlapců (9) byla ta, že akt sebeoškozování dospívající vyzkoušeli „jen jednou“, dalších pět odpovědělo, že si ubližují „občas“, dva respondenti „jednou týdně“.

Přehled odpovědí na otázku číslo 13. „Jaký pocit máte při aktu sebepoškozování?“

Graf č. 13: Pocit při sebepoškozování (četnost)



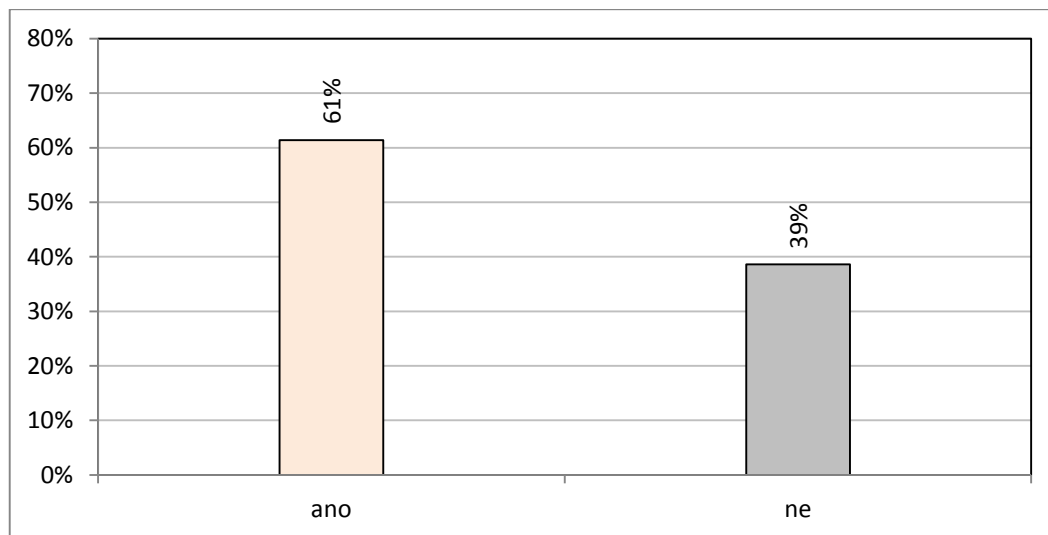
Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Na tuto otázku odpovídali respondenti v případě, že na otázku č. 9 odpověděli ano. Cílem otázky č. 13 bylo zjistit, co respondenti cítí během aktu sebepoškození. Pět dotazovaných naspalo odpověď „pocit úlevy“, další čtyři respondenti nedokázali popsat, co přesně cítí při aktu sebezranění a odpověděli „nevím“. Tři respondenti odpověděli „vzrušení“, dva respondenti přiznali, že se jim „bolest se mi líbí“. Tyto reakce se daly očekávat, neboť fyzická bolest dokáže odvést pozornost od nepříjemných psychických stavů. Při poranění dochází k uvolnění endorfinu, což přináší jedinci úlevu, po které touží. Dále se objevily po jedné odpovědi „nepamatuji si“, „necítím nic“, „napětí“, „cítím se líp“, „bylo mi dobře“, „bolelo mě to“.

Okruh otázek č. 14-24 se vztahuje k hodnocení a nahlížení dotazovaných na sebe sama. Sebehodnocení bývá u jedinců s poruchami příjmu potravy často negativní. Protože poruchy příjmu postihují převážně dívky a ženy, zaměřila jsem tuto část praktického šetření pouze na ně; tím nechci z této nemoci vyloučit chlapce a muže.

Přehled odpovědí na otázku číslo 14. „Jíte pravidelně?“

Graf č. 14: Pravidelnost stravování

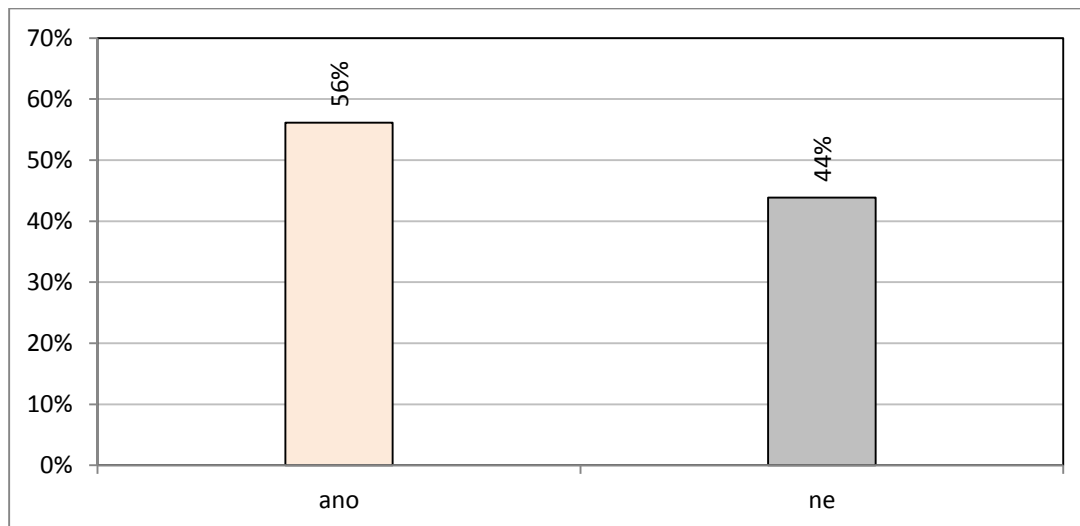


Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Pravidelně se stravuje 61 % dotazovaných, zbylých 39 % nemá pravidelný jídelní režim. Podle průzkumu Českého zdravotnického fóra s rostoucím věkem dětí klesá pravidelnost jídla – zhruba čtvrtina patnáctiletých dívek jí jen jednou až dvakrát denně. Tyto návyky si pak přenášejí i do pozdějšího věku, často jim pak hrozí nadváha.

Přehled odpovědí na otázku číslo 18. „Jste spokojeni se svou postavou?“

Graf č. 15: Spokojenost s postavou



Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Puberta je období, kdy se většina dívek začne zajímat o tělesný vzhled a váhy. Tělo získává ženské křivky, s čímž souvisí přibývání tukové hmoty. Alarmující je, že 49 % mladých žen není spokojeno se svojí postavou, i když jsou někteří podle BMI v normálu nebo dokonce podvyživení.

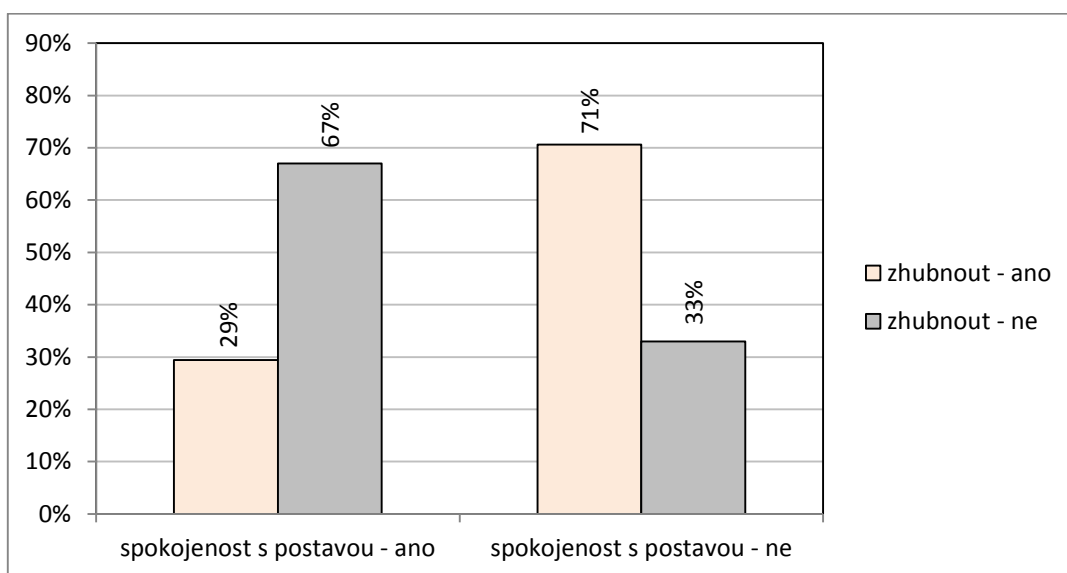
Pokud se vzhled jejich těla stane jedním z hlavních zdrojů jejich úzkostí, může se vyvinout v poruchy příjmu potravy. Spokojeno s postavou je pouze 56 % dospívajících dívek.

Přehled odpovědí na otázku číslo 18. „Jste spokojeni se svou postavou?“

Přehled odpovědí na otázku číslo 19. „Chcete zhubnout?“

Dívky, které nebyly spokojené s postavou, chtěly snížit svoji váhu v 71 %, zatímco dívky, které udávají spokojenost se svojí figurou, po změně váhy touží ve 29 %, viz graf č. 16.

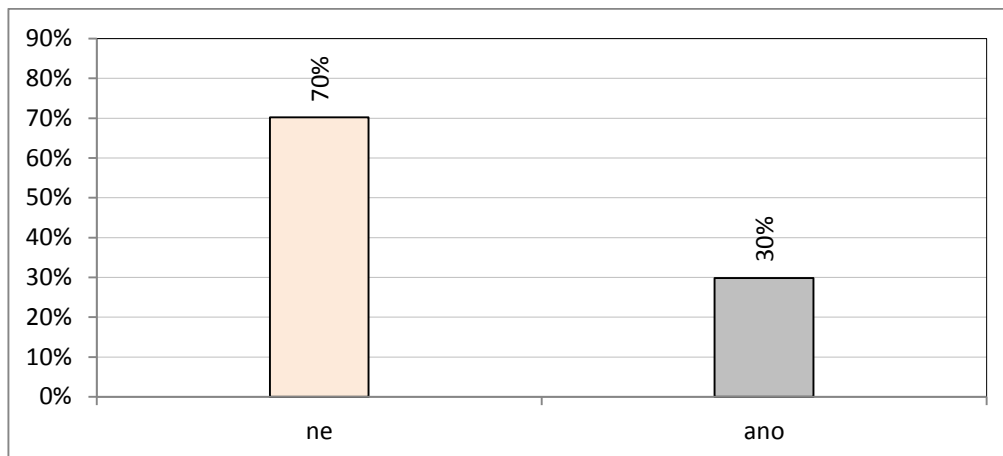
Graf č. 16: Spokojenost s postavou a potřeba změny



Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Přehled odpovědí na otázku číslo 16. „Děsí Vás představa, že přiberete více jak tři kila?“

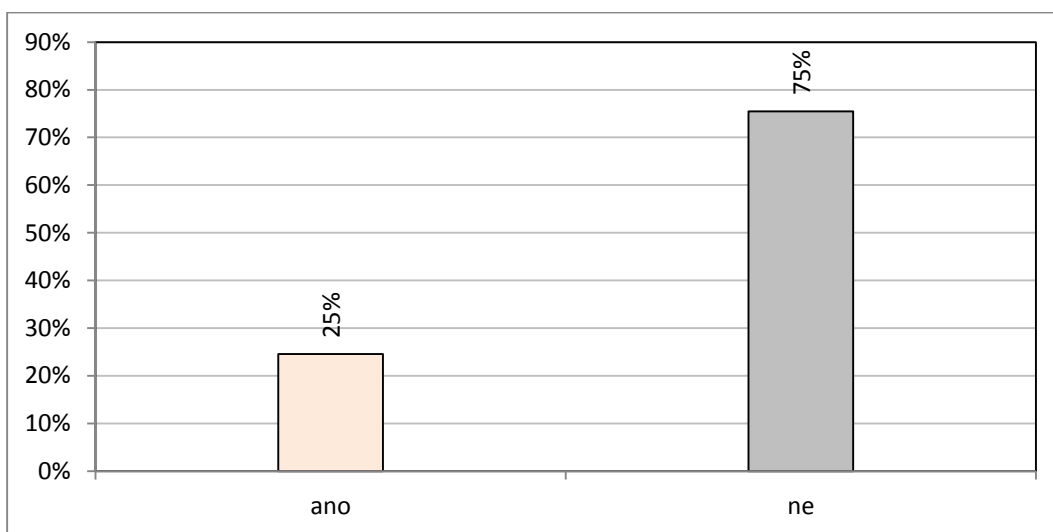
Graf č. 17: Děsí mě tloušťka



Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Přehled odpovědí na otázku číslo 17. „Přejídáte se?“

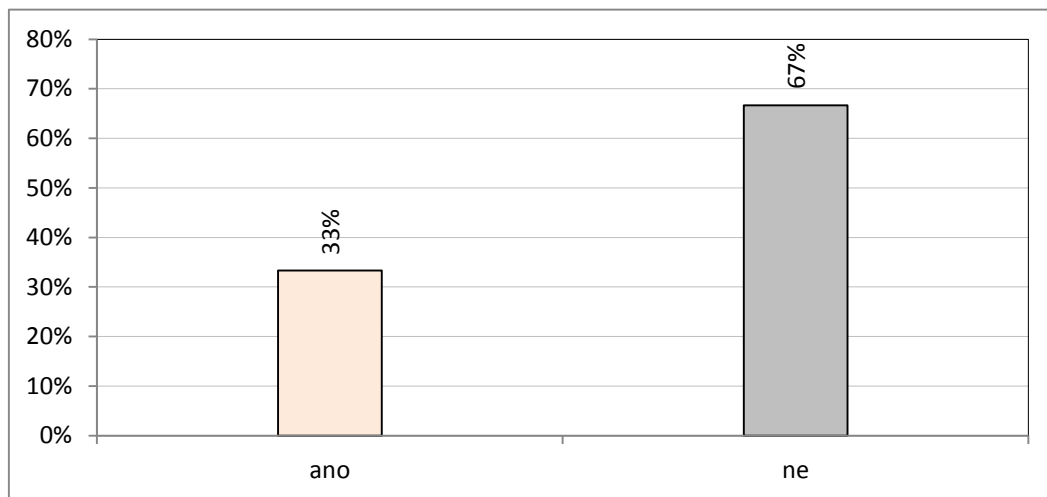
Graf č. 18: Přejídání



Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Přehled odpovědí na otázku číslo 20. „Držela jste někdy dietu za účelem snížení váhy?“

Graf č. 19: Dietování respondentek



Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Graf č. 19 dokládá, že dvě třetiny respondentek (67 %) má zkušenosti s dietou, jedna třetina (33%) redukční jídelníček nikdy nevyzkoušela.

Přehled odpovědí na otázku číslo 21. „Pokusila jste se snížit váhu pomocí pilulek na hubnutí?“

Přehled odpovědí na otázku číslo 24. „Pokusila jste se snížit váhu pomocí nuceného zvracení?“

Některým dívkám se nevyhnula ani forma hubnutí pomocí nuceného zvracení v jednou případě a pomocí užívání prášků na hubnutí ve třech případech.

Tab. č. 6: Krajní formy hubnutí (četnost)

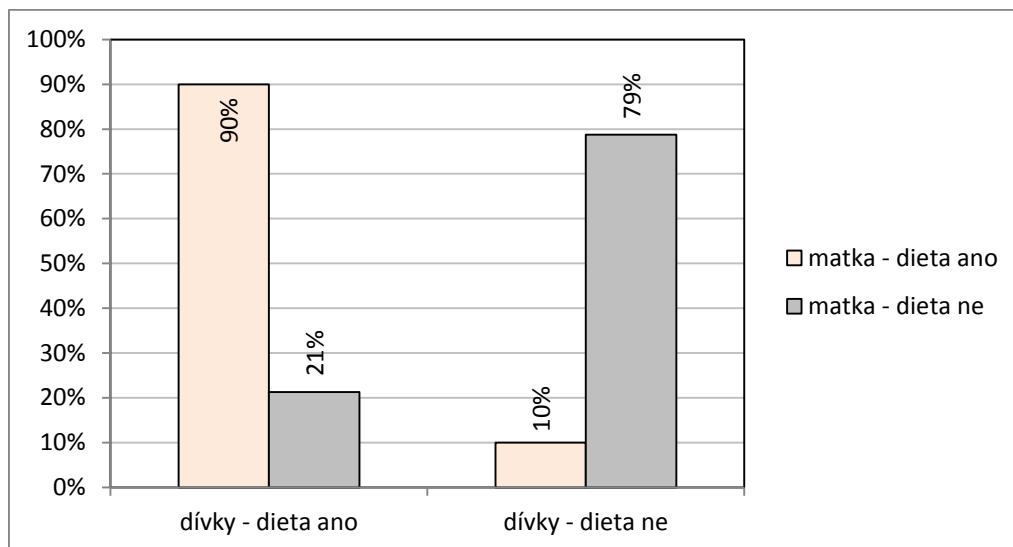
	zvracela jsem	užívala jsem prášky
ano	1	2
ne	56	55
celkem	57	57

Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Přehled odpovědí na otázku číslo 20. „*Držela jste někdy dietu za účelem snížení váhy?*“

Přehled odpovědí na otázku číslo 15. „*Držela Vaše matka někdy dietu?*“

Graf č. 20: Dietování matek a dcer



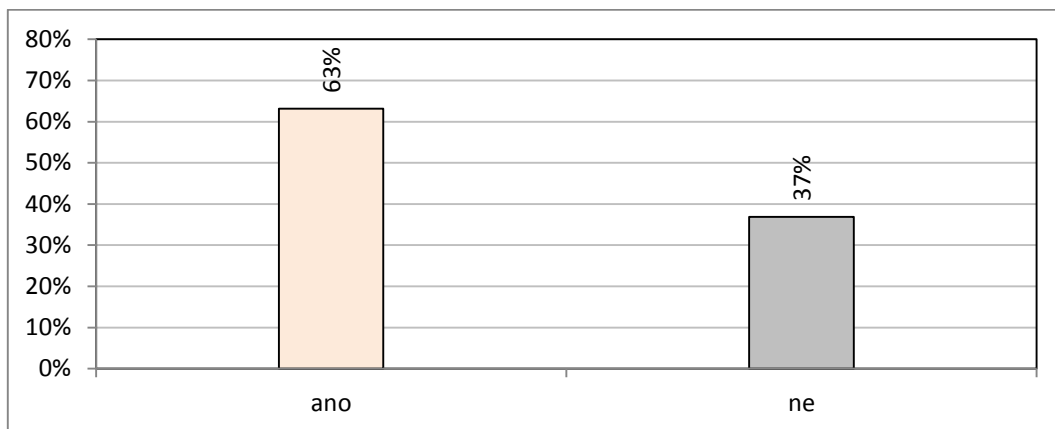
Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Děti napodobují stravovací režim, který získaly v rodině. Stává se, že matky učí své děti špatným stravovacím návykům, čímž do jisté míry dávají svým potomkům předpoklad pro vznik poruch příjmu potravy. Není ojedinělou záležitostí, že matky a dcery drží diety společně podle stejného redukčního jídelníčku.

U dívek, které přiznaly dietu, držely i jejich matky dietu v 90 % případů, zatímco dívek „nedietářek“ držely jejich matky dietu jen v 10 %. K dietám jsou tedy náchylnější dívky, které zažily dietní chování u svých matek.

Přehled odpovědí na otázku číslo 22. „Líbí se Vám hubené modelky?“

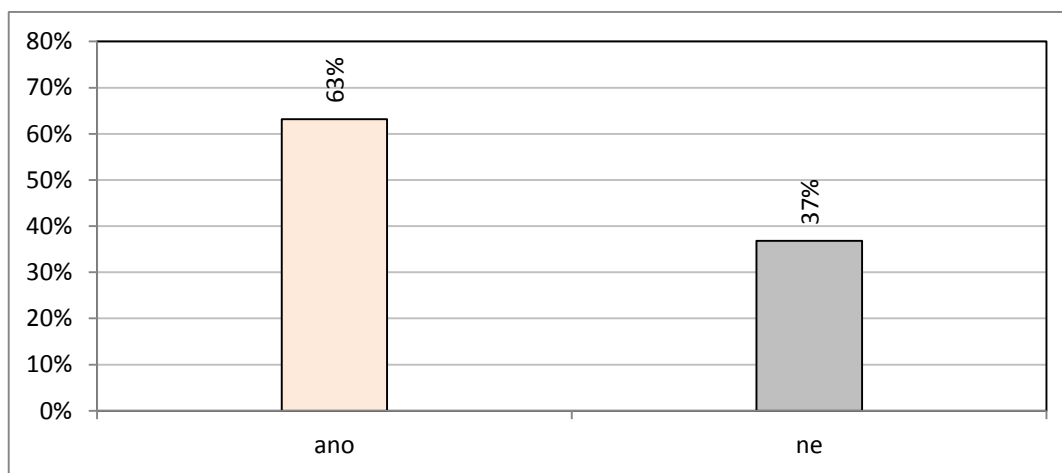
Graf č. 21: Atraktivita hubených modelek



Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Přehled odpovědí na otázku číslo 23. „Jsou štíhlí lidé úspěšnější než lidé tlustí?“

Graf č. 22: Vnímání úspěšnosti ve vztahu k tělesné váze



Zdroj: Denisa Petrásková (vlastní šetření)

Dnešní společnost stanovuje určitý ideály krásy a dospívající mají touhu se s nimi ztotožňovat. V médiích se setkáváme jen se štíhlými lidmi, tlustí se objevují jen

v reklamách na redukční diety. Na mladé ženy vzrůstá tlak na dodržování diet, extrémní výkon a krásu. Poruchy mentální anorexie a bulimie vznikají právě ze strachu z tloušťky, ze strachu z neúspěchu a z nezdravé výživy.

5.5 Ověření hypotéz

Porovnání hypotéz s výsledky výzkumu přinesly tyto závěry:

Hypotéza H1: Dívky jsou více jak v 70 % nespokojené se svojí postavou.

Výsledky ukazují, že mladé ženy jsou v 56 % se svojí postavou spokojené. Hypotézu č. 2 tedy nelze potvrdit.

Hypotéza H2: Sebepoškozující jedinci mají více sebevražedných myšlenek, než jedinci, kteří se nepoškozují.

Sebepoškozující se jedinci mají myšlenky na sebevraždu v 60 %, děti, co se nesebepoškozují, myslí na sebevraždu jen ve 20 %. Hypotéza č. 2 se potvrzuje.

Hypotéza H3: Děti z neúplných rodin mají větší sklony k sebepoškozování, než děti z rodin úplných.

Děti z neúplných rodin experimentují se sebepoškozováním v 44 %, děti z úplných rodin tak činí jen v 16 %, čímž se hypotéza číslo 3. se potvrzuje.

ZÁVĚR

Sebedestruktivní jednání v dospívání představuje riziko pro v tomto období probíhající vývojový proces. Jde o spektrum projevů, které zahrnují zejména patologické chování jako je sebepoškozování, suicidální chování a poruchy příjmu potravy. Každá z těchto kategorií obsahuje projevy různého stupně závažnosti.

Rizikové faktory sebedestruktivního jednání se vztahují k osobnosti dospívajícího a jeho případné individuální psychopatologii, k dysfunkcím rodinného zázemí a k charakteristikám sociálního prostředí, ve kterém vyrůstá. Závažné je týrání nebo sexuální zneužívání dítěte, ale i patologické chování rodičů směřující k emoční deprivaci potomka. Důležité v rozvoji sebedestruktivního jednání jsou špatné vzory, disociální party, ale i nedostatek podpůrných systémů. Z hlediska osobnosti je závažný disharmonický vývoj, zejména pokud směřuje k hraniční poruše osobnosti a depresi.

Sebevražednost mládeže je velmi závažným jevem, statistiky dokazují vzrůst čísel suicidálních pokusů i dokonaných sebevražd. Je nutné si uvědomit, že řešení tohoto problému nepřísluší jen psychiatrům, psychologům a sociologům, ale také speciálním pedagogům a sociálním pracovníkům, kteří se často setkávají ve své praxi s mladými lidmi, kteří řeší své problémy tímto nešťastným chováním.

Cílem práce bylo mimo jiné zjistit asociaci mezi sebedestruktivními jevy. U pacientů s poruchami příjmu potravy se ve významné míře vyskytuje suicidální chování. U nemoci mentální anorexie je suicidium považováno za hlavní příčinu úmrtí, u mentální bulimie jsou také častěji zastoupeny suicidální pokusy a sebepoškozování. Sebepoškozování se projevuje se zraňováním vlastního těla a je signálem vážného psychického problému, není však spojeno s vědomým přáním zemřít. Zpočátku bylo na sebepoškozování pohlíženo jako na součást suicidálního chování, nyní jsou tyto jevy odborníky všeobecně oddělovány. Riziko dokonaného suicidia je však u sebepoškozujících jedinců mnohem vyšší než v běžné populaci. Více jak polovina lidí, kteří se sebepoškozují, uskuteční alespoň jeden sebevražedný pokus. Pokud tedy předejdeme sebepoškozování a poruchám příjmu potravy, také snížíme riziko sebevražedných pokusů a tím i dokonaných sebevražd, které představují třetí nejčastější příčinu smrti v období adolescence.

Praktická část se zaměřuje na 14 – 19leté studenty základní školy, středních škol a gymnázia. Úkolem anonymních dotazníků bylo zjistit, zda mají děti zkušenost se sebepoškozováním, jaké mají postoje k jídelním zlovykům a zda je nějaký problém vede k sebevražednému chování. Výsledky dotazníku nás jednoznačně přesvědčují o tom, že dospívající děti sebedestruktivním chováním značně ohrožuje.

Respondenti se v 21 % sebepoškozovali, někteří tuto činnost pravidelně opakují. V grafech lze vyčíst, jaké problémy je k tomuto činu vedou. Respondenti udávají, že je k tomu přivedla zvědavost nebo jim sebezraňování poskytlo úlevu od vnitřního napětí, stresu a úzkosti

Mladistvým se nevyhýbají ani myšlenky na sebevraždu (21 %). Z průzkumu diplomové práce vyšlo najevo, že děti, které se sebepoškozují, mají třikrát častěji sebevražedné myšlenky, než ty, co se nezraňují. Tyto hypotetické myšlenky, co by se stalo, kdybych tu nebyl, nemusí být podle odborných autorů nijak závažné. Alarmující však je, že dva z oslovených chlapců se o sebevraždu v minulosti pokusili.

K dietám jsou podle kvantitativního výzkumu jednoznačně náchylnější dívky, které zažily dietní chování u svých matek. Redukční diety jsou přitom velmi rizikovým faktorem, který vede ke vzniku mentální anorexie a mentální bulimie. Podle českých autorů až u třetiny patologických dietářek dojde později k rozvoji syndromu poruchy příjmu potravy. Jedna dívka v dotazníku uvedla, že redukovala váhu za pomoci nuceného zvracení, další dvě užívaly tabletky určené k hubnutí.

Prevence výše zmiňovaných nebezpečných jevů spočívá jak v podpoře protektivních faktorů, tak i v rozvoji krizových center, psychiatrických a psychologických služeb. Jednou z nejefektivnějších strategií preventivních opatření je školit učitele, praktické lékaře, veřejnost i odborníky o tom, jak rozpoznat a přiměřeně reagovat na výskyt varovných příznaků patologických jevů. Jedním z nejdůležitějších a základních cílů prevence mezi mladými lidmi je redukce rizikových faktorů. Většinu poruch, které jsou spjaty se sebedestruktivním jednáním, jako je např. deprese, jde úspěšně léčit. Zajištění dobře fungujícího rodinného systému a harmonického domácího prostředí pomáhá snižovat riziko psychického narušení dětí, které poté nemají potřebu řešit problémy sebedestruktivním chováním. Je zapotřebí naučit děti nalézat jiné, bezpečnější strategie, jak se vyrovnat s nepříjemnými emocemi a vnitřní bolestí.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, 2012. 142 s. ISBN 978-80-262-0062-8

COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2

FISCHER, S., J. ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3

FRAŇKOVÁ S., V. DVOŘÁKOVÁ. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN: 80-246-0548-1

HÖSCHL, C., at al. *Psychiatrie* (II. doplněné a opravené vydání). Praha: Tigis, 2004. ISBN 80-900130-7-4

HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5

HÝBNEROVÁ, J. a kol. *Děti a jejich problémy: sborník studií*. 2. Praha: Linka bezpečí, 2007. ISBN 978-80-254-1372-2

KOUTEK J, J. KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. 127 s. ISBN 978-80-7367-349-9

KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. Folia practica; sv. VI. ISBN 80-85824-51-5

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, ISBN: 80-7178-598-9

KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-627-7

KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2333-4

- MACEK, P. *Adolescence*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X
- MLČÁK, Z. *Základy psychopatologie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2003. ISBN 80-7042-263-7
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7
- PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 85121-32-8
- PLAZNEROVÁ, A. *Sebepoškozování – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009. ISBN: 978-80-7262-606-9
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 4. Přehracované a doplnění vydání, 2006. ISBN 80-247-1049-8
- SKORUNKOVÁ, R. *Úvod do vývojové psychologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 69 s. ISBN 978-80-7041-956-4
- SMOLÍK, J. *Subkultury mládeže: uvedení do problematiky*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2907-7
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3
- VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 543 s. ISBN 978-80-262-0212-7
- VYKOPALOVÁ, H. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0337-4

Seznam použitých zahraničních zdrojů

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994. ISBN 0-89042-061-0

FOX, C. at all. *Deliberate Self-Harm in Adolescence*. Jones & Bartlett publishers 2014, ISBN-13: 9781846420160

SPECIANI, A., L. SPECIANI, *Anoressia e bulimia : fare pace con il cibo*. Firenze : Giunti Editore S.p.A, 2009. 127 s. ISBN 978-88-440-3657-7

Self-harm, *The facts: Eating Disorders and Self-harm* [online]. © 2015, [cit. 2014-11-11]. Dostupné z: <https://www.selfharm.co.uk/get/facts/self-harm-and-eating-disorders>

Self mutilation. [online]. © 2009, [cit. 2015-01-17]. Dostupné z: <http://nobullying.com/self-mutilation/>

Seznam ostatních zdrojů

DOSKOČILOVÁ, P. *Sebevraždy z pohledu žáků 2. stupně ZŠ*, Bakalářská práce, Brno 2008

HLADÍLEK, M. *Sociálně patologické jevy a výchova*. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2004

HORT, V., KOCOURKOVÁ, J. *Suicidální tematika v dětské a dorostové psychiatrii*. Praktický lékař, 2005, 85, č. 4, s. 240-242. ISSN 0032-6739

MALÁ, E. *Sebepoškozování jako závažný symptom a nebezpečný společenský jev*. Lékařské listy 2009; roč. 58, č. 7, s. 6 - 10. ISSN 0044-1996

NAVRÁTILOVÁ, M. M. HAMROVÁ, *Realimentace u závažných poruch příjmu potravy - mentální anorexie a bulimie*. New EU Magazine of Medicine, 2009, č. 1 - 2, s. 22 - 36. ISSN 1802-1298

ROZSÍVALOVÁ, E. a kol. *Sebepoškozování u dospívajících*. Česká a slovenská psychiatrie, 2010, roč. 106, č. 4, s. 239 -244. ISSN 1212-0383

THEINER, P. *Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy*. Psychiatrie pro praxi 2011, roč. 12, č. 3, s. 105–107. ISSN 1213-0508

Seznam použitých internetových zdrojů

- ČERNÁ, A., D. ŠMAHEL. *Sebepoškozování v adolescenci: kontext reálného versus virtuálního prostředí a subkultur Emo a Gothic*. [online]. © 2007-2015 [cit. 2014-12-19]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/cernaetal.pdf>
- ČESKÁ TELEVIZE. *Na Linku bezpečí volá víc dětí se sebevražednými sklony*. [online]. © 1996-2015 [cit. 2014-12-18]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/216858-na-linku-bezpeci-vola-vic-deti-se-sebevrazednymi-sklony/>
- KOUTEK, J. *Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence*. *Pediatric pro praxi*. [online]. 2008, roč. 9, č. 5, s. 302 - 304 [cit. 2015-02-08]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/05/07.pdf>
- KOUTEK J., J. KOCOURKOVÁ. *Autodestruktivní chování v adolescenci*. [online]. © 2015 [cit. 2014-12-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/autodestruktivni-chovani-v-adolescenci-468955>
- KOUTEK, J. J. KOCOURKOVÁ. *Riziko suicidálního chování v dětském a adolescentním věku*. *Pediatric pro praxi*. [online]. 2004, roč. 4, č. 6, s. 276-278 [cit. 2015-02-06]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/06/03.pdf>
- KŘÍŽOVÁ, J. *Pravda o emo: nejsou to ufňukaní zoufalci, kteří si řezou žil*. [online] © 2015 [cit. 2014-12-08]. Dostupné z: http://ona.idnes.cz/pravda-o-emo-nejsou-to-ufnukani-zoufalci-kteri-si-rezou-zily-pr5-/deti.aspx?c=A101022_151152_deti_job
- MASSLOW, A. *Citáty slavných osobností*. [online]. © 2007-2013 [cit. 2014-12-23]. Dostupné z: <http://citaty.net/autori/abraham-maslow/>
- PAVLOVSKÝ P., L. ŠRUTOVÁ. *Sebevražda ve světle historických postojů společnosti a některé forenzní aspekty*. [online]. © 2015 [cit. 2015-01-22]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_2_85_87.pdf
- PRAŠKO, J. *Péče o suicidálního pacienta*. *Psychiatrie pro Praxi* [online]. 2006, roč. 4 [cit. 2014-01-02]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>

PTÁČEK, R. H. KUŽELOVÁ, *Vývojová psychologie pro sociální práci*, © Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2013. [online]. [cit. 2014-12-30]. ISBN 978-80-7421-060-0. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14812/VP_nahled.pdf.

RYŠÁNKOVÁ, M.. *Proč se dospívající sebepoškozují?* *Pediatric pro praxi*. [online]. 2008, roč. 9, č. 6, s. 383 - 387. [cit. 2015-02-02]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2008/06/07.pdf>

STUDENÁ, R. *Mentální anorexie*, [online]. © 2015 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/mentalni-anorexie-471149>

ÚZIS, *Poruchy duševní a poruchy chování* [online]. © 2014 [cit. 2014-12-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>

Zákonné normy

Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2003, částka 79, s. 4030. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4163>

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Seznam grafů

Graf č. 1: Složení respondentů dle pohlaví.....	63
Graf č. 2: Složení respondentů dle vzdělání	64
Graf č. 3: BMI Index.....	64
Graf č. 4: Rodinné zázemí:	65
Graf č. 5: Spojitost mezi sebepoškozováním a rodinným zázemím	66
Graf č. 6: Svěřování problémů.....	66
Graf č. 7: Suicidálního chování respondentů.....	68
Graf č. 8: Důvody suicidálního chování u respondentů.....	69
Graf č. 9: Spojitost mezi sebepoškozováním a sebevražednými myšlenkami	70
Graf č. 10: Důvod sebepoškozování	71
Graf č. 11: Způsob sebepoškození	72
Graf č. 12: Frekvence sebepoškozování	73
Graf č. 13: Pocit při sebepoškozování	74
Graf č. 14: Pravidelnost stravování.....	75
Graf č. 15: Spokojenost s postavou	76
Graf č. 16 : Spokojenost s postavou a potřeba změny	77
Graf č. 17: Děsí mě tloušťka.....	78
Graf č. 18: Přejídání.....	78
Graf č. 19: Dietování respondentek	79
Graf č. 20: Dietování matek a dcer	80
Graf č. 21: Atraktivita hubených modelek.....	81
Graf č. 22: Vnímání úspěšnosti ve vztahu k tělesné váze.....	81

Seznam tabulek

Tab. č. 1: Procentuální zastoupení kauzálních faktorů záměrného sebepoškozování	26
Tab. č. 2: Suicidalita ve věkových kategoriích do 14 let a od 15 do 19 let v 90. letech v ČR, na 100 000 obyvatel	48

Tab. č. 3. Struktura respondentů podle věku (četnost)	63
Tab. č. 4: Výskyt suicidálního chování v okolí respondentů	67
Tab. č. 5: Zkušenost se sebepoškozováním	69
Tab. č. 6: Krajní formy hubnutí (četnost)	79

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník použitý při výzkumu.....	I
Příloha B – Datová matice.....	V

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A – DOTAZNÍK POUŽITÝ PŘI PRŮZKUMU

Univerzita J. A. Komenského

Dotazník pro diplomovou práci na téma: Sebedestruktivní chování mládeže

Vážení studenti,

tento dotazník bude použit jako podklad pro zpracování mé diplomové práce a v žádném případě nebude zneužit proti vám.

Dotazník je anonymní, a proto se nikam nepodepisujte. Prosím vás o co největší upřímnost při jeho vyplňování. Děkuji

Pohlaví: chlapec dívka

Věk: _____

Dále se věnujte samotnému dotazníku. Postup při vyplňování dotazníku je jednoduchý. Zakroužkujte vždy jednu odpověď. Tam, kde je vymezené volné místo (například otázka číslo 1.) můžete napsat libovolnou odpověď. U odpovědí, kde místo na vypsání vymezeno není, to prosím nedělejte.

1) Typ školy, kterou studujete?

- Gymnázium
- Základní škola
- Střední odborné učiliště
- Jiné (uved'te) _____

2) Výška?

- Uved'te _____

3) Váha?

- Uveďte _____

4) V jaké rodině právě žijete?

- Úplné (vlastní rodiče)
- Neúplné (jedním vlastním rodičem, který žije sám)
- Doplněné (jedním vlastním rodičem a jeho novým partnerem)
- Náhradní (adoptivní péče nebo pěstouni)
- Jiné (uveďte) _____

5) S kým nejčastěji řešíte své problémy?

- rodič
- sourozenec
- kamarád(ka)
- partner, partnerka
- jiné (uveďte) _____

6) Pokusil se/spáchal někdo ve tvém blízkém okolí sebevraždu?

- ano
- ne

7) Spáchali jste někdy sebevraždu? (Pokud jste na otázku č. 7 odpověděl(a) ne, nikdy jsem na sebevraždu nepomyslela, pokračujte v otázce č. 11)

- ano
- ne, ale měla jsem takové myšlenky
- ne, ale plánuji to
- nikdy jsem na sebevraždu nepomyslel(a)

8) Jaký důvod Vás vedl přemýšlet o sebevraždě?

- Problémy v rodině
- Rozchod s partnerem
- Snaha upoutat na sebe pozornost
- Šikana
- Studijní problémy
- Jiné (uveďte) _____

9) Už jste se někdy sebepoškozoval(a)? (Pokud jste na otázku č. 11 odpověděl(a) ne, pokračujte ve vyplňování otázky č. 16)

- ano
- ne

10) Co Vás vedlo k sebepoškození?

- Problémy v rodině
- Problémy s partnerem
- Zvědavost, jaké to je
- Snaha upoutat na sebe pozornost
- Šikana
- Studijní problémy
- Jiné (uveďte)_____

11) Jakým způsobem jste se sebepoškodili/sebepoškozujete?

- Pořezání
- Škrábání
- Kousání
- Pálení
- Jiné (uveďte)_____

12) Jak často se poškozujete?

- Uveďte:_____

13) Jaký pocit máte při aktu sebepoškozování?

- Cítím se, že existuji
- Uvolním se
- Uspokojí mě bolest
- Mám lepší náladu
- Jiný pocit (uveďte)_____

**U následujících otázek zakroužkujte jednu z možností ano/ne,
podle toho, která Vás lépe vystihuje:**

- 14) Jím pravidelně. ano ne
- 15) Moje matka občas drží dietu. ano ne
- 16) Děsí mě představa, že bych přibral(a) 3 kila. ano ne

- 17) Často se nekontrolovatelně přejídám. ano ne
- 18) Se svojí postavou jsem spokojen(á). ano ne
- 19) Chci zhubnout. ano ne
- 20) Už jsem někdy držel(a) dietu, abych zhubla. ano ne
- 21) Pokusil(a) jsem se snížit váhu pomocí nuceného zvracení. ano ne
- 22) Líbí se mí hubené modelky. ano ne
- 23) Štíhlý lidé jsou úspěšnější, než lidé tlustí. ano ne
- 24) Pokusil(a) jsem se snížit váhu pomocí pilulek na hubnutí. ano ne

Děkuji za vyplnění dotazníku!

Dotazník, prosím, odevzdejte.

PŘÍLOHA B – DATOVÁ MATICE

respondent č.	pohlaví	věk	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1	muž	16	IŠŠ	177	75	doplněná	partner	ano	ano	rodina	ano	rodina	řezání	jen 1x	pocit úlevy	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne
2	muž	14	ZŠ	169	48	neúplná	partner	ano	ne, mám myšlenky	rodina	ano	chtí na sebe upozornit	řezání	1x týdně	pocit úlevy	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ne
3	žena	17	GYM	180	92	úplná	nesvěřuji se	ano	ne, mám myšlenky	šikana	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ne
4	muž	18	IŠŠ	178	90	doplněná	babička	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ne
5	muž	17	GYM	165	70	úplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne
6	žena	15	ZŠ	165	45	úplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ano	chtěla jsem to zkusit	pálení	občas	bolest se mi líbí	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne
7	žena	15	GYM	156	50	doplněná	partner	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne
8	žena	16	IŠŠ	172	62	úplná	rodiče	ne	ne, mám myšlenky	rozchod	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne
9	muž	16	IŠŠ	182	80	úplná	sourozence	ano	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne
10	žena	17	GYM	168	51	doplněná	sourozence	ne	ne, mám myšlenky	alkohol v rodině	ne	0	0	0	0	ne	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ne
11	muž	17	IŠŠ	190	79	úplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ano	ne
12	žena	15	ZŠ	165	45	úplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ano	kvůli partě	řezání	jen 1x	bylo mi dobře	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne
13	žena	14	ZŠ	167	65	doplněná	nikomu	ano	ne, mám myšlenky	nic mě neburá	ne	0	0	0	0	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ano	ano	ne
14	muž	15	ZŠ	179	85	doplněná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne
15	žena	14	ZŠ	167	55	úplná	sourozence	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne
16	muž	14	ZŠ	175	82	úplná	pes	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne
17	muž	15	ZŠ	179	78	úplná	partner	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ano	ano	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne
18	žena	15	ZŠ	165	66	úplná	nikomu	ne	ne, mám myšlenky	starší sestra	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne
19	žena	15	ZŠ	158	56	doplněná	kamarád	ano	ne, mám myšlenky	rozchod	ano	rozchod a škola	řezání	1x za měsíc	pocit úlevy	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne
20	žena	16	IŠŠ	172	60	úplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne
21	žena	18	IŠŠ	170	57	neúplná	sourozence	ne	ne, mám myšlenky	šikana	ano	chtěla jsem to zkusit	projímaala	pokud vypouchnu	nevím	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne
22	žena	18	IŠŠ	164	48	neúplná	všem	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ne
23	žena	17	IŠŠ	156	50	úplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ano	ano
24	muž	16	IŠŠ	187	76	úplná	rodiče	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne
25	muž	17	IŠŠ	178	80	doplněná	rodiče	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne
26	muž	19	IŠŠ	189	91	úplná	kamarád	ano	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne
27	žena	17	IŠŠ	173	75	úplná	nikomu	ne	ne, mám myšlenky	jsem husná	ano	jen tak	pálení	1x týdně	čítím se líp	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ne
28	žena	16	GYM	165	56	neúplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne
29	žena	16	GYM	170	66	úplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne
30	žena	15	GYM	165	47	úplná	nikomu	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne
31	žena	17	GYM	163	65	doplněná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne
32	žena	16	GYM	163	45	úplná	sourozence	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne

respondent č.	pohlaví	věk	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
33	muž	15	GYM	176	78	úplná	partner	ano	ne, mám myšlenky	šikana	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne	
34	muž	16	GYM	180	77	úplná	partner	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ne	
35	žena	15	GYM	180	70	doplněná	nikomu	ano	ne, mám myšlenky	rozvod rodičů	ano	rodina	škrábání	občas	pocit úlevy	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	
36	žena	17	GYM	179	68	úplná	kamarád	ano	ne, mám myšlenky	jen tak	ano	nevím	řezání	jen 1x	nevím	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne	
37	muž	15	GYM	180	78	doplněná	nikomu	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	
38	žena	17	GYM	156	45	úplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ne	
39	muž	16	GYM	180	88	úplná	sourozenec	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne	
40	žena	15	GYM	167	56	úplná	partner	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	
41	žena	16	GYM	169	45	úplná	partner	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	
42	žena	15	GYM	170	70	doplněná	nikomu	ne	ne, mám myšlenky	nevím	ano	nevím	řezání	občas	bolest se mi líbí	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	
43	muž	17	ISŠ	190	78	neúplná	kamarád	ano	ano	drogy	ano	trestám se	obnovuji rány	kyž mám absták	pocit úlevy	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ano	ne	
44	muž	19	GYM	178	80	úplná	rodiče	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne	
45	muž	17	GYM	168	79	úplná	partner	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne	
46	muž	16	GYM	178	89	úplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	
47	žena	17	GYM	169	56	doplněná	sourozenec	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ne	
48	žena	16	GYM	177	80	úplná	partner	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ano	ne	
49	muž	16	GYM	190	90	úplná	kamarád	ne	ne, mám myšlenky	jen tak	ano	šikana	řezání	občas	napětí	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	
50	muž	15	ZEM	176	78	doplněná	partner	ano	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	
51	muž	16	ZEM	179	71	úplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne	
52	žena	17	ZEM	160	46	úplná	rodiče	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne	
53	muž	17	ZEM	178	78	úplná	partner	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne	
54	žena	18	ZEM	167	52	úplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	
55	žena	17	ZEM	169	46	doplněná	sourozenec	ne	ne, mám myšlenky	nevím	ano	nevím	nevím	jen 1x	nevím	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ano	ne	
56	žena	16	ZEM	170	50	úplná	partner	ne	ne, nikdy	0	ano	baví mě to	řezání	jen 2x	vzrušení	ne	ne	ano	ano	ne	ano	ne	ano	ano	ne	
57	muž	17	ZEM	176	70	neúplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	
58	muž	16	ZEM	180	89	úplná	rodiče	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ano	ne	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ne	
59	muž	17	ZEM	180	78	doplněná	nevlastní otec	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne	
60	muž	16	ZEM	175	70	úplná	kamarád	ano	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ne	
61	žena	17	ZEM	167	54	neúplná	sourozenec	ne	ne, mám myšlenky	jen tak	ano	rodina	pálení	jen 1x	nevím	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	
62	žena	16	ZEM	155	43	úplná	nesvěťuji se	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	
63	muž	17	ZEM	189	77	doplněná	kamarád	ne	ne, mám myšlenky	šikana	ne	0	0	0	0	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ne	
64	žena	18	ZEM	165	70	úplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne	
65	žena	17	ZEM	178	100	úplná	nikomu	ne	ne, nikdy	0	ano	stres	řezání	jen 1x	nečtím nic	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	

respondent č.	pohlaví	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
66	muž	17	GVM	69	úplná	partner	ano	ne, mám myšlenky	šikana	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne
67	žena	16	ZEM	165	úplná	sourozenec	ne	ne, mám myšlenky	nevím	ano	sourozenec	škrábání	občas	bolelo mě to	ano	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
68	žena	16	ZEM	168	50	doplněná	ano	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne
69	muž	17	ZEM	175	89	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne
70	muž	18	ZEM	175	70	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
71	žena	17	ZEM	160	46	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ano	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ne	ne	ne
72	muž	18	ZEM	178	78	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
73	žena	19	ZEM	165	65	neúplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne
74	žena	16	ZEM	167	43	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne
75	muž	16	GVM	175	68	úplná	ano	ne, mám myšlenky	fantazie	ano	stres	obnovují rány	jen 1x	nepamatuji si	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
76	muž	17	GVM	175	100	doplněná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne
77	žena	14	ZŠ	164	55	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne
78	žena	14	ZŠ	156	50	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ne
79	žena	14	ZŠ	170	61	doplněná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne
80	muž	14	ZŠ	176	70	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne
81	muž	17	GVM	180	75	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
82	muž	15	ZŠ	180	95	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ne
83	muž	14	ZŠ	175	76	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
84	muž	14	ZŠ	186	79	doplněná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne
85	muž	14	ZŠ	174	67	doplněná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne
86	žena	14	ZŠ	164	50	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
87	žena	15	ZŠ	156	53	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne
88	žena	14	ZŠ	160	48	úplná	ne	ne, mám myšlenky	šikana	ano	šikana	řezání	jen 1x	vzrušení	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ano	ne
89	žena	17	ISŠ	165	53	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ano
90	muž	18	ISŠ	176	70	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
91	muž	18	ISŠ	180	77	neúplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne
92	muž	17	ISŠ	180	75	doplněná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
93	žena	17	ISŠ	170	63	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne
94	žena	15	GVM	168	55	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne
95	žena	14	GVM	150	40	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne
96	žena	14	GVM	165	56	úplná	ne	ne, nikdy	0	ne	0	0	0	0	ne	ne	ano	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne

respondent č.	pohlaví	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
97	žena	15	GYM	165	56	úplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	0	0	0	0	ano	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
98	žena	15	GYM	170	65	úplná	kamarád	ne	ne, nikdy	0	0	0	0	0	ano	ano	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ano	ano	ne
99	žena	16	GYM	165	45	doplněná	partner	ne	ne, nikdy	0	0	0	0	0	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
100	žena	15	GYM	170	70	úplná	rodiče	ne	ne, nikdy	0	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ne
101	muž	17	GYM	180	75	úplná	partner	ne	ne, nikdy	0	0	0	0	0	ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
102	muž	15	ZŠ	180	75	úplná	partner	ne	ne, nikdy	0	0	0	0	0	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne

Legenda	Typ školy
ot. č. 1	Typ školy
ot. č. 2	Výška
ot. č. 3	Váha
ot. č. 4	Rodinné zázemí
ot. č. 5	Řešení problémů
ot. č. 6	Výskyt suicidálního chování v okolí respondentů
ot. č. 7	Suicidální chování respondentů
ot. č. 8	Důvody suicidálního chování
ot. č. 9	Zkušenost se sebepoškozením
ot. č. 10	Důvod sebepoškození
ot. č. 11	Způsob sebepoškození
ot. č. 12	Frekvence sebepoškození
ot. č. 13	Pocit při sebepoškození
ot. č. 14	Pravidelnost stravování
ot. č. 15	Dietování matky
ot. č. 16	Děsí mě tloušťka
ot. č. 17	Přejídání
ot. č. 18	Spokojenost s postavou
ot. č. 19	Potřeba zhubnout
ot. č. 20	Zkušenost s dietami
ot. č. 21	Krajní forma hubnutí pomocí pilulek
ot. č. 22	Atraktivita hubených modelek
ot. č. 23	Vnímání úspěšnosti ve vztahu k tělesné váze
ot. č. 24	Krajní forma hubnutí pomocí zvracení

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Denisa Petrásková

Obor: Sociální a mediální komunikace

Forma studia: Prezenční

Název práce: Sebedestruktivní chování mládeže

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 77

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů českých použitých zdrojů: 23

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 5

Počet internetových zdrojů: 13

Počet ostatních zdrojů: 8

Vedoucí práce: Mgr. Jan Marek