

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

Online rizikové chování a vybrané charakteristiky u klinické populace adolescentů

Risky online behaviour and selected characteristics in
the clinical population of adolescents



Bakalářská práce

Autor: **Michaela Vadlejchová**
Vedoucí práce: **Mgr. Jaroslava Suchá Ph.D.**

Olomouc

2023

Poděkování

Velké poděkování patří Mgr. Jaroslavě Suché, Ph.D., která mi byla po celou dobu tvorby této práce velkou oporou, maximálně se mi věnovala a poskytovala mi věcné rady a cenné podněty. Další poděkování patří PhDr. Martinu Dolejšovi, Ph.D. za pomoc s čištěním dat. Velké díky patří mé rodině, která mi studium umožňuje a maximálně mě v něm podporuje.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci „Online rizikové chování a vybrané charakteristiky u klinické populace adolescentů“ vypracovala samostatně a použila jsem pouze zdroje, které jsem řádně citovala a uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 ADOLESCENCE	8
1.1 Periodizace a terminologie	8
1.2 Vývojové změny v adolescenci	9
2 VYBRANÁ KLINICKÁ POPULACE	11
2.1 Porucha pozornosti s hyperaktivitou	11
2.1.1 Příznaky	12
2.1.2 Etiologie a epidemiologie	13
2.2 Deprese	13
2.2.1 Příznaky	14
2.2.2 Etiologie a epidemiologie	16
2.3 Porucha pozornosti s hyperaktivitou a deprese	17
3 NELÁTKOVÁ ZÁVISLOST	19
3.1 Závislost na internetu	21
3.2 Digitální hry	23
3.2.1 Závislost na digitálních hrách	24
3.3 Sociální sítě	25
3.3.1 Závislost na sociálních sítích	26
4 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	28
4.1 Formy sebepoškozování	29
4.2 Výskyt sebepoškozování	30
4.3 Důvod sebepoškozování	31
4.4 Diagnostika	31
5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	34
5.1 Výzkumné cíle	35
5.2 Výzkumné hypotézy	35
6 VÝZKUMNÝ SOUBOR	36
7 TECHNICKÉ PROVEDENÍ A ETIKA VÝZKUMU	38
8 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT	40
9 VÝSLEDKY	42
10 DISKUSE	46
11 ZÁVĚR	50
SOUHRN	52
LITERATURA	55
SEZNAM TABULEK	70
PŘÍLOHY	71

Úvod

Otázka závislosti na internetu je u nás i ve světě stále více diskutovaným tématem, obzvláště po koronavirové pandemii, při které se komunikace přes internet stala jednou z mála možností, jak zůstat v kontaktu s blízkými a přáteli. Lidé si zvykli využívat moderní technologie na každodenní bázi a svůj život si bez nich téměř neumějí představit. Zejména hraní digitálních her a neustálé sledování sociálních sítí se stalo formou zábavy, která v některých případech vyplňuje velkou většinu volného času.

V této práci se zaměřujeme na období adolescence, jakožto jedno z nejbouřlivějších období v lidském životě, a dále pro jeho zvýšenou rizikovitost rozvoje závislostního chování. Dospívání se stává stěžejní etapou pro rozvoj osobnosti a v rámci této etapy jedinec celkově dozrává. Stěžejním úkolem je pro něj vymezení svých hranic a nalezení místa ve společnosti. Jedinec je v období adolescence citově labilní a je velmi snadno ovlivnitelný zejména svými vrstevníky.

Dospívání je, jak už jsme zmínili, rizikové samo o sobě i pro zdravé jedince, natož pak pro jedince, kterým byl život ztížen psychiatrickou diagnózou. Tito jedinci jsou náchylnější k závislostem, mají větší problémy v zařazování do společnosti a jejich okolí je často vidí jako problematické. Věnujeme se konkrétně dvěma diagnózám, jimiž jsou porucha pozornosti s hyperaktivitou a porucha přizpůsobení. Tyto dvě poruchy jsme vybrali pro jejich hojné zastoupení ve společnosti, a přestože jsou ve svém základu velmi odlišné, mají spolu mnoho společného.

V teoretické části práce se budeme zabývat představením jednotlivých proměnných. Vymezíme období adolescence, budeme se věnovat popisu námi vybrané klinické populace. Popíšeme problematiku nelátkových závislostí v souvislosti s užíváním internetu, hraním digitálních her a užíváním sociálních sítí. V poslední kapitole představíme problematiku sebepoškozování.

Praktická část práce bude zaměřena na představení výzkumného problému, cílů a hypotéz, technického zpracování výzkumu a dodržení etických norem v rámci jeho realizace. Dále popíšeme aplikovanou metodiku, a seznámíme čtenáře s výsledky studie.

Zpracování bakalářské diplomové práce bylo umožněno díky účelové podpoře na specifický vysokoškolský výzkum udělené Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR Univerzitě Palackého v Olomouci (IGA_FF_2022_008, název Bio-psycho-sociálně-

spirituální determinanty a jejich souvislost s online závislostním chováním u adolescentů v době pandemie Covid-19).

TEORETICKÁ ČÁST

1 Adolescence

Adolescence je obdobím v životě jedince, ve kterém se dítě postupně mění v dospělého člověka. Slovo adolescent dle Macka (2003) pochází z latinského slova *adolescere*, které znamená dorůstat, dospívat či mohutnět. Vágnerová (2012) ve své knize uvádí původ v latinském *adolescens*, v překladu dospívající, mladý. Kriegelová (2008) původ popisuje pomocí latinského slova *adolesco*, v překladu znamenající dospívat, sílit, vyvíjet se. V dospívání dochází k prudkému fyzickému, mentálnímu a psychosociálnímu rozvoji, který ovlivňuje způsob myšlení, cítění a rozhodování jedinců a jejich interakci s okolním světem (World Health Organization [WHO], n.d.). Jedinec dosahuje pohlavní zralosti, dozrávají u něj rozumové schopnosti a dotváří se integrita osobnosti (Hartl, 1993). Změny probíhají kontinuálně a má na ně vliv mnoho faktorů z prostředí, ve kterém jedinec dospívá. Výsledná součinnost okolních vlivů určuje, zda budou konečné změny pozitivní nebo negativní (Thorová, 2015).

1.1 Periodizace a terminologie

Ve světě najdeme spoustu rozdílného věkového vymezení tohoto období. V této podkapitole si představíme hlavní periodizace vývoje uznávané v českém prostředí. Thorová (2015) vymezuje období adolescence od 12/13 do 19 let a nazývá ho také jako období pozdního dětství. Dle Světové zdravotnické organizace je období adolescence fází života v rozmezí 10 a 19 let (WHO, n.d.). Shodně označují adolescenci Macek (2003) a Vágnerová (2012) jako období, vyplňující druhé desetiletí života. Macek (2003) pak adolescenci dělí na časnou (10/11–13), střední (14–16) a pozdní (17–20). Vágnerová (2012) rozlišuje mezi adolescencí ranou (11–15) a pozdní (15–20). Langmeier a Krejčířová (2018) ohraničují období adolescence zhruba mezi 15 a 22 lety. Tomuto období předchází období pubescence, které je vymezeno od 11 do 15 let. Tuto fázi rozdělují ještě na prepubertu a vlastní pubertu. Příhoda (1967) označuje období dospívání, které výše uvedení autoři označují pojmem adolescence, názvem postpubescence a jedná se dle něj o období mezi patnácti a dvaceti lety. Říčan (1990) se v periodizaci shoduje s Příhodou a adolescenci pokládá za období mezi 15. a 20. rokem. Období adolescence pak nazývá jako „vrchol mládí“. V této práci budeme vycházet z rozdělení adolescence dle Světové zdravotnické organizace.

1.2 Vývojové změny v adolescenci

V období adolescence je na jedince postupně společností kladeno více požadavků. Dospívající je vystaven vyšší míře stresu a nátlaku z okolí, což může vyústit úzkostmi a odmítavým postojem k dospělosti (Thorová, 2015). Adolescenti prožívají významné fyziologické, emocionální, sociální a kognitivní vývojové změny (Larson & Brown, 2007). Změny v hladinách neurotransmiterů, charakteristické během tohoto vývojového období, mohou způsobit, že jednotlivci jsou citlivější na stres než zbytek populace (Wahlstrom et al., 2010). Dospívající bývají emočně labilnější, dráždivější a často reagují neúměrně dané situaci. Citové prožitky jsou intenzivní a proměnlivé, ale nemívají dlouhého trvání. S nestálostí emocí mohou být spojeny jak výkyvy v sebehodnocení, které souvisí se zvýšenou vztahovačností (Vágnerová, 2015), tak obtíže s koncentrací pozornosti, které ztěžují učení a nezřídka dochází k výkyvům ve školním prospěchu (Langmeier & Krejčířová, 2018).

Toto období vývoje také představuje kritickou fázi pro nástup deprese (Hankin et al., 2015). Adolescenti zažívají oslabenou vnější podporu, např. vztahy s rodiči se vyznačují menší vřelostí a vyšší úrovní konfliktů (Larson & Ham, 1993). Velkou roli proto hrají vrstevnické vztahy, které mají vliv na rozvíjející se osobnost a chování dospívajícího, a jsou důležité pro schopnost kooperace (Thorová, 2015). Seltzerová (1982) hovoří o peer aréně, což je sociální platforma složená z vrstevníků, která dospívajícímu poskytuje prostor a vztahový rámec nezbytný pro formování identity. Mladý člověk touží po uznání, pečlivě sleduje, jak jej druzí hodnotí, a podle jejich zpětné vazby usměrňuje a koriguje vlastní chování. Peer aréna může mít ale i negativní vliv. Příčinou mnoha psychických obtíží, kterým adolescenti čelí, bývá právě porovnávání se s vrstevníky (Seltzerová, 1982 in Thorová, 2015).

Primárním vývojovým úkolem dospívání je osamostatnění od rodičů a dosažení autonomie. Dospívající jedinci se snaží získat více nezávislosti (Thorová, 2015) a testují sebe i své okolí s cílem zjistit, co je ještě přijatelné a co nikoliv (Nielsen Sobotková, 2014). Přílišná kontrola ze strany rodičů může vést k častějším výskytům delikventního chování. Adolescence je ukončena kolem 20 let. Mělo by dojít k zastavení tělesného růstu a celkové zralosti jedince. Jedinec v tomto období navazuje hlubší erotické vztahy a dochází u něj k výrazné změně sebezpojetí (Langmeier & Krejčířová, 2018). Mladý jedinec by dle Říčana

(1990, s. 205) měl ideálně být „nejkrásnější, tělesně i duševně nejsvěžejší, nejdychtivější a nejbystřejší“.

2 Vybraná klinická populace

„Současné socioekonomické prostředí, spojené se zvýšeným tlakem na studijní a pracovní výkon, sociální adaptabilitu a schopnost sebeprosazení, zvyšuje nároky na psychiku již v dětském a adolescentním věku“ (Drtílková & Šerý, 2007, s. 11). V této kapitole se budeme věnovat vymezení dvou v adolescenci velmi častých diagnóz, konkrétně poruše pozornosti s hyperaktivitou a depresi. Psychická a psychiatrická onemocnění se stávají handicapem, který ovlivňuje každodenní fungování jedinců ve společnosti.

2.1 Porucha pozornosti s hyperaktivitou

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) je neurovývojové onemocnění způsobující obtíže se soustředěním, nadměrnou aktivitou a zvýšenou impulzivitou. Kromě příznaků jako je nepozornost, impulzivita a hyperaktivita je ADHD spojena také s percepčními a motorickými problémy, poruchami sociální adaptace a emočními změnami (Příhodová, 2011). Společně s ní se ve velké většině případů vyskytují komorbidní (přidružená) onemocnění, nejčastěji, až v 50 % případů, se objevuje porucha opozičního vzdoru, dále jsou přidruženy poruchy chování (30–50 %), úzkostné poruchy (20–25 %), poruchy nálad (15–20 %) a specifické poruchy u dětí (10–25 %) (Dudová & Hrdlička, 2003). Z praxe se ukazuje, že porucha pozornosti s hyperaktivitou brání postiženému plně využívat své intelektové schopnosti a jeho impulzivní a nebržděné jednání může mít negativní vliv na jeho socializaci (Drtílková & Šerý, 2007).

Odborná terminologie prošla v oblasti poruch pozornosti a hyperaktivity řadou proměn. Prvotní názvy odrážely předpokládanou etiologii onemocnění např. minimální poškození mozku. Později se v terminologii přešlo od příčiny diagnózy k dominujícím behaviorálním projevům a setkávali jsme se například s označením hyperkinetický či hyperexcitabilní syndrom. V České republice byl po dlouhou dobu používán termín lehká mozková dysfunkce (LMD) (Ptáček & Ptáčková, 2018). V současné době je brán jako nejvíce srozumitelný a odbornou i laickou veřejností akceptovaný termín ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), vycházející z DSM–V (American Psychiatric Association [APA], 2013). Užívají se také termíny, které vycházejí z desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí zkráceně MKN–10 (Světová zdravotnická organizace [WHO], 1992) a to konkrétně hyperkinetická porucha, porucha pozornosti a aktivity a hyperkinetická porucha chování (Ptáček & Ptáčková, 2018).

V 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO, 2019), která vešla v platnost 1. 1. 2022, je ADHD řazeno pod neurovývojové poruchy. Skupina hyperkinetických poruch byla zrušena, hyperkinetická porucha chování byla vyřazena a porucha aktivity a pozornosti byla přejmenována na „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ (Reed et al., 2019).

Děti s ADHD mohou často svými projevy vyvolávat negativní reakce okolí. Jejich výchova je náročná a může v rodičích budit pocity selhání, vzájemné obviňování či svádět k používání „tvrdých“ výchovných metod. V takovýchto případech může být vhodná a prospěšná rodinná terapie, zaměřená na zlepšení komunikace, lepší pochopení nemoci a zlepšení vzájemných interakcí (Raboch & Zvorský, 2001). Mezi léky první volby při léčbě ADHD patří psychostimulancia, u nás je nejvíce využíván metylfenidát. Účinnost psychostimulancií byla empiricky potvrzena v USA již ve 40. letech minulého století. Zatímco u 60–70 % hyperkinetických dětí zmírňují psychostimulancia hyperaktivitu a příznivě ovlivňují pozornost, u zdravých osob vyvolávají excitaci (Raboch & Zvorský, 2001).

2.1.1 Příznaky

Hlavními příznaky dle DSM–5 (APA, 2013) jsou hyperaktivita, impulzivita a nepozornost. U jedinců s ADHD jsou narušeny seberegulující funkce zahrnující plánování, cílené řešení problémů, sebeovládání a řízení emocí (Příhodová, 2011). Tito jedinci přecházejí často od jedné činnosti k další, aniž by předchozí činnost dokončili. Jsou roztěkaní, mají obtíže se soustředěním a neustálé tendence odbíhat od práce. Nejsou schopni pracovat systematicky, často dělají chyby z nepozornosti, zapomínají a jejich podaný výkon bývá horší, než by v souvislosti s jejich věkem mohl být. V závislosti na výše zmíněném mohou být tito jedinci doma i ve škole napomínáni a trestáni, což v nich může vzbudit pocity neúspěšnosti a selhání, které mohou vést k sekundárnímu vzniku neurotických potíží či poruch chování (Raboch & Zvorský, 2001). Dalším z výše uvedených hlavních příznaků je impulzivita, jež je výrazem nedostatečného útlumu a neschopnosti sebekontroly v chování (Příhodová, 2011), lidé s ADHD jednájí bez rozmyslu a dělají jim obtíže oddálit svá rozhodnutí. V motorických projevech převažuje pohybový a hlasový neklid, neustálá a bezúčelná aktivita (Raboch & Zvorský, 2001). Příznaky impulzivity a hyperaktivity se projevují nebo zhoršují v situacích, které kladou zvýšené požadavky na udržení pozornosti, tlumení impulzů a kontrolu pohybů (Paclt et al., 2007). Největší potíže proto nastávají po nástupu do školy, kde je kladen nárok na systematickosti a kázeň (Raboch & Zvorský, 2001).

2.1.2 Etiologie a epidemiologie

Příčiny nejsou stále zcela objasněny, největší vliv je v současné době přisuzován dědičnosti a jeho podíl může dosahovat až kolem 60 %. Neopomenutelným a hojně diskutovaným rizikovým faktorem pro vznik syndromu ADHD bývá také drobné poškození centrální nervové soustavy (Žáčková & Jucovičová, 2017). Mezi možné biologické faktory jsou řazeny například komplikace v těhotenství, prenatální působení toxinů jako je např. užívání alkoholu a/nebo cigaret matkou, předčasný či komplikovaný porod a další (Biderman & Faraone, 2005). Z různých studií byla zjištěna vyšší pravděpodobnost výskytu ADHD u dětí, které vyrůstají v nepříznivých psychosociálních podmínkách (disharmonické, dlouhodobě konfliktní prostředí, nízká soudržnost rodiny, psychopatologie některého z rodičů, zejména matky) (Drtilková & Šerý, 2007).

Porucha pozornosti s hyperaktivitou patří k jedné z nejčastějších příčin psychiatrické léčby u dětí v mladším školním věku (Raboch & Zvorský, 2001) a v 40–60 % přetrvává do dospělosti (Biderman & Faraone, 2005). Vyskytuje se asi u 6 % dětské populace, častěji u chlapců, a to v poměru 3–5:1 (Fischer & Škoda, 2014; Paclt et al., 2007). V zemích, řídících se podle manuálu DSM–5 je prevalence větší, a to až 19 %. Je tomu tak z důvodů mírnějších kritérií pro diagnostiku (Drtilková & Šerý, 2007). ADHD je poruchou, která je mimořádně variabilní v příčinách, projevech, vývoji i reakci na léčbu (Ptáček & Ptáčková, 2018).

2.2 Deprese

„Deprese je nemoc. Nikoliv lenost, nedostatek vůle nebo slabošství. Je to nemoc, která vede k vážnému životnímu utrpení. Zasahuje jak toho, kdo jí onemocněl, tak celou jeho rodinu.“ (Praško et al., 2012, s. 7). Původ slova nacházíme v latinském slově *deprimere*, které v překladu znamená stlačení, potlačení (Křivohlavý, 2013). Pojem deprese je v dnešní době všeobecně známý a existuje nespočet definic, které ho vymezují. Pro lepší porozumění tomuto pojmu proto některé z nich uvádíme. Hartl (1993) definuje depresi jako duševní stav, který je charakteristický pocitem smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodností, s útlumem a zpomalením duševních i tělesných procesů, ztrátou zájmů a sebevědomí. Dle lékařského slovníku se deprese projevuje smutkem, skleslou náladou, ztrátou zájmů a energie, sníženou sebedůvěrou, výčitkami vůči sobě samému, poruchami chuti k jídlu a poruchami spánku (Vokurka et al., 2005). Plháčková (2004) definuje depresi jako období zhoršené nálady, snížené energie a aktivity. Dle Horta et al. (2000) je deprese

charakteristická patologicky smutnou náladou, stísněností, poklesem sebedůvěry, ztrátou zájmu, snížením energie a nadměrnou unaveností až útlumem jedince.

Termínem deprese je označována depresivní porucha (Gilbert, 2017), o které lze hovořit při výskytu dvou nebo více depresivních epizod (WHO, 2021). Depresivní epizodou či fází, nazýváme časové období, ve kterém jedinec vykazuje depresivní symptomy. Depresivní epizoda končí vymizením depresivních symptomů a návratem pacienta k původnímu stavu a fungování (Gilbert, 2017). Pokud depresivní epizoda trvá bez přestávky déle než dva roky, je označována jako deprese chronická (Národní zdravotnický informační portál [NZIP], n.d.). Je důležité nezaměňovat pojem deprese s pojmem depresivita, což je označení pro vlastnost jedince, jenž je charakteristická přítomností některých depresivních rysů. Míra depresivity je pak určena četností těchto rysů. Přestože je mezi depresivitou a depresí úzká souvislost, depresivita nemusí být nutně patologická a určitou míru vykazují i zdraví jedinci (Tamm et al., 2020).

Mezi základní dva typy řadíme endogenní a reaktivní deprese. Endogenní deprese vzniká při narušení hladin hormonů v mozku bez ohledu na okolnosti a vnější vlivy. Tento typ je potřeba léčit antidepresivy, které hladinu hormonů v mozku regulují. Reaktivní deprese vzniká v závislosti na životní okolnosti, které působí na psychiku člověka. Oproti endogenní depresi není důsledkem chemické nerovnováhy v mozku. Objevuje se například jako reakce na traumatickou situaci nebo v důsledku dlouhodobého působení stresu (Peterková, 2016).

Deprese je, stejně jako další duševní poruchy, zatížená výrazným stigmatem, a to jak ze strany společnosti, tzv. sociální stigma, tak ze strany jedince, tzv. sebestigmatizace (Látalová et al., 2014). Lidé trpící depresí ve spoustě případů nevyhledávají odbornou pomoc a doufají, že ji překonají sami např. silou vůle, což není možné. Může to být proto, že své příznaky přisuzují něčemu jinému, nebo se bojí si depresi přiznat, protože mají pocit, že je to stejné jako přiznat slabost nebo selhání (Praško et al., 2012).

2.2.1 Příznaky

Hlavním příznakem deprese je dle Praška et al. (2012) porucha nálady. Náladou se rozumí déletrvající stav, při kterém jsou emoce jedince relativně výrazně a stabilně vychýleny jedním směrem a jde o emoční naladění celého organismu (Plhánková, 2004). Trvale smutná a špatná nálada může sloužit jako indikátor pro lékaře, že by se mohlo jednat

o depresivní poruchu. Kromě nálady je také zasaženo myšlení, chování i tělesné funkce. Intenzita obtíží pak může kolísat v průběhu dne (Praško et al., 2012).

Mezi nejčastější příznaky kromě depresivní nálady patří ztráta vůle a zájmu, zhoršení kognitivních funkcí, zpomalení psychomotorického tempa a vegetativní symptomy jako poruchy spánku či nechutenství (Otte et al., 2016). Objevují se také nadměrné pocity viny či snížené sebevědomí (WHO, 2021). Kromě psychických příznaků má deprese i příznaky tělesné. Objevuje se únava, problémy s výkonností, napětí nebo slabost ve svalech, bolesti různých částí těla např. hlavy, zad, břicha (bolesti žaludku, zácpa, průjmy). Tělesné příznaky mohou způsobit výrazný strach o zdraví. V depresi totiž mívají nemocní jedinci sklony vidět i za nejbanálnějšími problémy tragické scénáře vážných, smrtelných nemocí. Všechny tyto příznaky po odeznění deprese ustupují (Praško et al., 2012).

Symptomy deprese se vyvíjejí s věkem a proto závisejí na dosaženém vývojovém stádiu. V závislosti na výše uvedené lze příznaky rozdělit na vyskytující se ve všech věkových skupinách a na příznaky věkově vázané. Věkový faktor pak dále ovlivňuje také délku depresivní fáze. Novější výzkumy nalézají průměrnou délku depresivní fáze u dětí a adolescentů přibližně 15–18 měsíců. Délka depresivní fáze v dospělosti bývá udávána v rozmezí 6–13 měsíců (Hosák et al, 2015).

Buijssen (2021) rozděluje symptomy deprese do devíti kategorií a uvádí, že pro diagnostiku jedince depresivní poruchou musí vykazovat alespoň pět z devíti symptomů a zároveň se u něj musí projevovat alespoň jeden z prvních dvou níže uvedených symptomů:

- špatná, pokleslá nálada, pocit vnitřní prázdnoty,
- ztráta zájmu a radosti ze života,
- pocit bezcennosti nebo viny,
- poruchy spánku,
- snížená či zvýšená chuť k jídlu nebo výrazná změna hmotnosti,
- nedostatek energie nebo únava,
- lenost nebo naopak neustálý fyzický neklid,
- problémy s koncentrací anebo neschopnost rozhodovat se,
- opakované myšlenky na smrt či na sebevraždu.

V MKN–10 (WHO, 1992) nacházíme hned několik diagnóz, které jsou s depresí spojeny. První diagnózou je depresivní fáze, která se podle závažnosti dále dělí na mírnou,

středně těžkou a těžkou. Ke každé se ještě uvádí, zda jsou při ní přítomné somatické příznaky nebo nikoli. Jako příznaky depresivní fáze jsou uváděny:

Hlavní příznaky:

- depresivní nálada,
- ztráta zájmů a radosti,
- zvýšená únavnost.

Další příznaky:

- zhoršené soustředění a pozornost,
- snížené sebevědomí a sebedůvěra,
- pocity viny a bezcennosti,
- smutný a pesimistický pohled do budoucnosti,
- myšlenky na sebepoškození a sebevraždu,
- poruchy spánku,
- snížená chuť k jídlu.

Pro diagnostiku mírné depresivní fáze musí být přítomny nejméně dva z hlavních příznaků a alespoň dva z dalších příznaků uvedených výše. Středně těžká depresivní fáze je diagnostikována při nejméně dvou hlavních a třech až čtyřech dalších příznacích. Při těžké fázi musí být přítomny všechny tři hlavní a nejméně tři další příznaky (WHO, 1992).

Další diagnóza spojená s depresí se nazývá „jiné depresivní fáze“, do které spadají atypické deprese a jediná fáze tzv. larvované (maskované) deprese (WHO, 1992), při které jedinec pocítuje převážně somatické symptomy, bez toho, aniž by prožíval těžký smutek (Vágnerová, 2014).

Následuje diagnóza „periodické (rekurentní) depresivní poruchy“, charakterizovaná opakovanými depresivními epizodami, následovná dodatky o závažnosti depresivní fáze a přítomnosti či nepřítomnosti somatických obtíží (WHO, 1992).

2.2.2 Etiologie a epidemiologie

Dle světové zdravotnické organizace (2021) trpí depresí přibližně 280 miliónů lidí. Epidemiologické studie uvádějí prevalenci depresivní poruchy u dětí v rozmezí 2–4 %. Toto číslo v adolescenci stoupá až k 4–8 % (Hosák et al., 2015). Prevalence deprese u adolescentů v psychiatrické péči je 18–27 %, tzn. až sedmkrát vyšší než v běžné populaci (Hort et al.,

2000). Deprese častěji postihuje ženy, a to až ve 4,1 %, prevalence v mužské populaci je uváděna 2,7 % (Ritchie & Roser, 2018). S diagnózou deprese se v České republice léčí 89 251 lidí všech věkových kategorií (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021).

Kessler a Bromet (2013), jež se ve své studii zabývali relativní četností depresivních poruch uvádějí, že ve státech, které Světová banka označuje jako vyspělé, postihne depresivní epizoda alespoň 14,6 % obyvatel v průběhu jejich života, přičemž každý rok ji prožije 5,5 % obyvatelstva. Celoživotní prevalence depresivních poruch je ve vyspělých zemích odhadována na 11,1 %. V České republice je odhadována na 2,68 % (Ritchie & Roser, 2018).

Přestože se deprese vyskytuje u 1–8 % všech dětí a dospívajících, bývá spojována spíše s poruchami chování, agresivitou či různými somatickými stesky nežli se symptomy depresivní poruchy, jak tomu bývá u dospělých. Je důležité zdůraznit, že depresivní děti a dospívající mají stejné příznaky jako dospělí. Nedokážou se radovat, mají smutnou, zoufalou náladu (s možnými myšlenkami na smrt), mají nízké sebevědomí, bývají podráždění, osamělí, unavení a tišší. Někdy mohou být naopak neklidní až hyperaktivní (Hort et al., 2000).

2.3 Porucha pozornosti s hyperaktivitou a deprese

Jak epidemiologické, tak klinické studie uvádějí existující souvislost mezi ADHD a depresí (Biederman et al., 2008; Bron et al., 2016; Rice et al., 2019). Přestože tato souvislost není doposud stále objasněna, symptomy ADHD představují pro rozvoj deprese v dospívání rizikový faktor a dospívající s ADHD vykazují výrazně depresivnější symptomy ve srovnání s vrstevníky stejného věku bez ADHD (Oddo, 2019). Chronis-Tuscano et al. (2010) zjistili, že 18,4 % dětí s diagnózou ADHD uvádělo v průběhu let přetrvávající depresivní epizody ve srovnání s 1,6 % dětí ve zdravé kontrolní skupině. Současné studie ukazují, že důležitým zprostředkujícím faktorem v dlouhodobém vztahu mezi symptomy ADHD a depresivními symptomy je stres (Rychik et al., 2020).

V metaanalýze z roku 2014, která se věnovala vztahu mezi ADHD a depresí, vyšlo, že v patnácti ze sedmnácti průřezových studií měli děti a adolescenti s diagnózou ADHD významně vyšší míru deprese oproti dětem a dospívajícím bez ADHD. Výsledky sedmi z dvanácti longitudinálních studií vypovídají o tom, že děti a dospívající s diagnózou ADHD

mají významně vyšší riziko deprese ve srovnání s dětmi a dospívajícími bez ADHD (Meinzer et al., 2014). Výsledky dalších studií ukazují, že délka farmakologické léčby ADHD ovlivňuje odolnost vůči depresi a léčba ADHD může omezit jejich pozdější komorbiditu (Oddo et al., 2016). U jedinců, u kterých se vyskytuje jak ADHD, tak deprese existuje větší riziko sebevražd, nutnosti hospitalizace a rezistence na léčbu nežli u jedinců pouze s depresí (Chen et al., 2016).

Ačkoli tyto dvě poruchy působí na první pohled velmi odlišně, mají mnoho společného. Obě jedinci značně znepříjemňují život, ztěžují začlenění do společnosti, ovlivňují základní potřeby a schopnosti jedince.

3 Nelátková závislost

Vedle látkové závislosti se v psychiatrické literatuře v průběhu 80. a 90. let minulého století začal stále častěji objevovat pojem nelátkové (behaviorální, nedrogové, nechemické) závislosti (Lobo & Kennedy, 2006). Při nelátkové závislosti jsou uživatelé závislí na určité činnosti, ale v porovnání s látkovými závislostmi se u nich při nedostatku této aktivity nevyskytují klasické abstinenční syndromy fyziologického charakteru (NZIP, n.d.).

Behaviorální závislosti jsou na počátku jako jakákoli jiná aktivita, která jedinci přináší uspokojení. Jedinec je schopný svou aktivitu bez problémů kontrolovat a není jí ovládaný. Postupem času ale tuto kontrolu ztrácí a čím více danou aktivitu opakuje, tím snáze podléhá okamžitému impulzu a aktivita se stává návykem i přes narůstající komplikace a následky, které mu způsobuje (NZIP, n.d.). Vytváří se vzorec závislostního chování, charakteristický bažením a pokusy o abstinenci. Pokusy svépomocí změnit závislostní chování jsou obvykle spojeny s vysokou mírou relapsů, tedy návratů závislostního chování (Vacek & Vondráčková, 2014).

Podobně jako u látkových závislostí má největší roli na regulaci chování dopaminergní a endogenní opiátový systém. Z neurobiologického hlediska lze na závislost pohlížet jako na nemoc systému odměny v mozku (tzv. reward systém), kdy psychoaktivní látky a závislostní chování mají společný mechanismus působení jako fyziologické zdroje (např. sex, jídlo). Liší se pouze v reakčním čase a obtížnosti dosažení pocitu libosti. Závislostnímu chování předchází touha, napětí a vzrušení jež je následováno úlevou a příjemnými pocity po realizaci aktivity. Uspokojení je ale pouze dočasné a postupem času se zkracuje doba mezi pocitem uspokojení a následným opětovným bažením. Pro dosažení stejného efektu je tak zapotřebí častější opakování nebo zvýšení intenzity (NZIP, n.d.; Váchová et al., 2009).

Nelátková závislost může být pro jedince formou úniku od reality, řešení problémů a v některých případech např. zaplňovat mezeru v životě jedince, který se cítí osamoceně. Takový jedinec se v prostředí internetu nebo herny může cítit jako součást většího celku a zároveň se vyhýbá potenciální úzkosti, která vzniká při reálném kontaktu s jinými lidmi (NZIP, n.d.).

Griffiths (1996) vymezuje šest komponent nelátkových závislostí:

1. **význačnost** (aktivita, na které je jedinec závislý se stává tou nejdůležitější v jeho životě),
2. **změna nálady**,
3. **tolerance** (závislý jedinec neustále zvyšuje intenzitu aktivity a její četnost),
4. **abstinenční příznaky** (Oproti látkovým závislostem nejsou fyzického charakteru, týkají se spíše nálady závislého a projevují se jako výbušné až agresivní reakce, pocity úzkosti, sklíčenost atd. Tyto příznaky mizí prakticky ihned poté, co se člověku podaří zopakovat chování, na kterém je závislý.),
5. **mezilidský nebo vnitřní konflikt** (závislost vyvolává nelibost v okolí závislého, u kterého následně vzniká vnitřní konflikt v důsledku rozhodování, zda pokračovat v provozování činnosti, na které je závislý, nebo s ní přestat),
6. **relaps** (závislý jedinec opakuje vzorce závislostního chování).

Behaviorální závislosti můžeme v MKN–10 (1992) najít pod diagnózou nutkavé a impulzivní poruchy, do této kategorie je zařazeno patologické hráčství (gambling), kleptomanie (chorobné kradení), pyromanie (chorobné zakládání požárů), trichotilomanie (chorobné vytrhávání vlastních vlasů či ochlupení) a jiné nutkavé a impulzivní poruchy. Skupina dosud nezařazených behaviorálních závislostí je mnohem širší a paleta potenciálních poruch koresponduje v plné šíři se všemi lidskými aktivitami, neboť závislost si lze vypěstovat v podstatě na jakémkoliv chování, které přináší uspokojení. Např. závislosti na technologiích (počítače, internet, hry, mobily, televize, hudba atd.), závislost na nakupování (oniomanie), závislost na práci (workoholismus) a další (Karim & Chaudhri, 2012; Marks, 1990; Vacek & Vondráčková, 2014).

V páté revizi Diagnostického a statistického manuálu (APA, 2013) jsou všechny závislosti zařazeny do kategorie užívání drog a závislostní chování, která obsahuje kromě látkových závislostí také patologické hráčství („Gambling disorder“). V DSM–5 můžeme objevit také závislost na online hrách („Internet gaming disorder“), která se aktuálně nachází ve třetí sekci tohoto manuálu jako stav, vyžadující více klinického výzkumu a zkušeností, než bude možné zahrnutí do hlavní knihy jako formální porucha.

V 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO, 2019) nacházíme behaviorální závislosti pod diagnózou „Disorders due to substance use or addictive behaviours“, což můžeme přeložit jako poruchy způsobené užíváním návykových látek nebo návykovým chováním. „Disorders due to addictive behaviours“ dále zahrnují „Gambling disorder“ neboli poruchu hazardního hraní, která je charakterizována vzorem přetrvávajícího nebo opakujícího se hráčského chování, které může být online (tj. přes internet) nebo offline. „Gaming disorder“, v překladu hráčská porucha, zahrnuje přetrvávající nebo opakující herní chování („digitální hraní“ nebo „videohry“), které může být online (tj. přes internet) nebo offline, a dále dvě „nespecifikované“ reziduální kategorie „Other specified disorders due to addictive behaviours“, „Disorders due to addictive behaviours, unspecified“.

Mezi psychiatrické diagnózy nejčastěji spojené s behaviorální závislostí patří depresivní poruchy, bipolární poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy a poruchy soustředění (Grant et al., 2010). Pro internetové závislosti, především pro hraní online her a pro excesy na sociálních sítích, je navíc charakteristická spánková porucha (Király et al., 2014, Weinstein et al., 2014).

3.1 Závislost na internetu

Zájem veřejnosti o témata nelátkových závislostí spojených s poruchami souvisejícími s používáním internetu je čím dál častější a pochopitelný, vzhledem k množství moderních technologií v domácnostech, jenž vyplňují podstatnou část našeho volného času (Blinka et al., 2016). Veškeré naše každodenní aktivity začínají být víc a víc propojené s používáním internetu. Přes počítače a telefony komunikujeme, vyhledáváme informace, nakupujeme, platíme, organizujeme si pomocí nich čas a další (Wieland, 2005). Přestože nám moderní technologie v lecčems živost usnadňují, přinášejí s sebou i svá negativa. Obzvlášť pokud to s nimi jejich uživatel přehání. Mezi důsledky přemíry času stráveného online patří např. narušení denního rytmu, spánková deprivace, zanedbávání osobní hygieny a výživy, únava, bolesti hlavy a očí atd. (Young et al., 1999).

Následující tabulka 1 porovnává údaje z Českého statistického úřadu (2021) a zobrazuje rozdíly v používání internetu od roku 2010 do roku 2020 v Česku napříč pohlavím, věkovými kategoriemi a dosaženém vzdělání. Je zřejmé, že jakkoli se podíváme na následující kategorie, trend užívání internetu neustále roste napříč všemi skupinami.

Tabulka 1 Rozdíly v používání internetu v České republice

	2010	2015	2020
Celkem (16 let a starší)	61,8	75,7	81,2
Muži	65,8	77,9	83,1
Ženy	58,1	73,5	79,7
Věková skupina			
16–24 let	92,3	97,0	98,6
25–34 let	83,1	95,4	97,9
35–44 let	79,7	93,9	98,4
45–54 let	65,8	86,7	94,7
55–65 let	42,1	68,0	81,0
65 a více let	13,2	28,4	40,3
Dosažené vzdělání (25–64 let)			
Základní	25,0	49,2	69,2
Střední bez maturity	54,2	78,1	88,9
Střední s maturitou a vyšší odborné	83,6	95,0	97,8
Vysokoškolské	95,8	99,4	99,3

Poznámka: Osoby v Česku používající internet (podíl z celkového počtu v dané skupině)

Nejasnosti ohledně míry nadměrného užívání jsou v případě online závislosti mnohem výraznější než u jiných behaviorálních závislostí (Blinka et al., 2014). Jako dlouhodobé důsledky nadměrného používání internetu bývají zmiňované změny osobnosti, pokles fyzické aktivity, únava a narušení spánkového režimu, sociální izolace, ztráta přátel, finanční problémy, zanedbávání povinností, nesoustředěnost, pozdní příchody, snížená výkonnost a z ní pramenící problémy ve škole nebo v práci (může skončit až vyloučením ze školy či ztrátou práce), nemoci pohybového aparátu, obezita atd. (Chou et al., 2005; Young, 2004). Dnes se mezi hlavní poruchy související s používáním internetu řadí především

závislost na online počítačových hrách, kybersexu, závislost na online sociálních sítích a online gambling (Weinstein et al., 2014).

Šmahel et al. (2012) sledovali excesivní užívání internetu u 19 843 dětí (11–16 let) v pětadvaceti evropských zemích. Ve výzkumu zjistili, že se zvyšujícím se věkem roste počet osob vykazujících rysy nadměrného užívání internetu. Naopak věk, ve kterém se děti začínají s internetem setkávat, se postupně snižuje (Blinka et al., 2014). Ze studie, která se věnovala používaným aplikacím a závislosti na internetu u dospívajících vyplývá, že chlapci tráví na internetu výrazně více času než dívky. Zatímco dívky využívají spíše sociální sítě, chlapci využívají internet převážně pro hraní online her (nejčastěji pro více hráčů neboli „multi player hry“) a sledování stránek pro dospělé (Dufour et al., 2016).

3.2 Digitální hry

Digitální hra je nadřazeným pojmem ke všem hrám, které jsou hrány prostřednictvím moderních technologií (mobilních telefonů, počítačů, herních konzolí atd.). Hraní digitálních her (označované též anglickým výrazem gaming) probíhá ve virtuálním světě nebo v augmentované (rozšířené) realitě a v současné době patří mezi nejoblíbenější aktivity dětí a dospívajících. Digitální hry se u nás začaly objevovat od 90. let 20. století. S postupnou finanční dostupností počítačů a lepší dostupností internetu v domácnostech došlo k nárůstu hraní počítačových her (Suchá et al., 2019). Dostávají se s nimi do kontaktu téměř všechny generace, kterým poskytují prostor pro navazování vztahů a interakci s různými lidmi po celém světě. Výzkum z roku 2012 věnující se rizikovému chování a gamingu v adolescenci uvádí, že respondenti nejčastěji přicházeli do prvního kontaktu s digitální hrou ve věku 6–10 let. Dívky cestu k digitálním hrám nacházely nejčastěji pomocí svých sourozenců či rodičů, zatímco chlapci se k hraní dostávali sami (Burešová et al., 2012).

Hraní digitálních her přináší lidem zisky různého typu v různé míře. Primárním účelem hraní jako takového je zábava, radost, relaxace, uvolnění od stresu, zapomenutí na každodenní starosti atd. V digitálních hrách může člověk zlepšovat své schopnosti a dovednosti a zvyšovat tím své sebehodnocení (Entertainment Software Association, 2020; Granic et al., 2014; Uttal et al., 2013).

Mezi nejvíce populární herní žánry patří „simulační hry“ a „Massively-Multiplayer Online Role Playing Games“, v překladu hry pro mnoho (až tisíce) hráčů, kde každý zaujímá nějakou roli (hraje za nějakého svého avatara). Tyto druhy her umožňují hráčům obývat

herní světy, rozvíjet virtuální alter ega, hrát s ostatními hráči kdykoli se jim zachce a umožňují ponoření se do fantastického světa virtuální reality. Chatování, vytváření nových přátel ve hře a práce v týmu je velmi významným sociálním prvkem a pro hráče nedílnou součástí požitku z hraní. Dochází tím k propojení a interakci mezi skutečným a virtuálním světem (Kuss, 2013). Rozmanité možnosti, které online hry nabízejí, zvyšují přitažlivost těchto her pro nadšence i nováčky. Podle zprávy Entertainment Software Association (ESA, 2020) 75 % amerických domácností obývá nejméně jeden hráč digitálních her. Zastoupení hráčů dle pohlaví vychází na 54 % mužů a 46 % žen v průměrném věku 33 let, přičemž více než 21 % tvoří děti pod 18 let. Nejčastěji k hrám využívají telefon (60 %), počítač (52 %) a herní konzole (49 %). Tyto statistiky ukazují, že hraní her (zejména hraní online), je v dnešní době nedílnou součástí volnočasových aktivit.

3.2.1 Závislost na digitálních hrách

První zpráva naznačující problém závislosti na digitálních hrách pochází z roku 1983 (Soper & Miller, 1983). První empirická studie o hráčské závislosti byla vydána v roce 1989 na základě hlášení o závislosti od mladých hráčů mužského pohlaví, kteří tvrdili, že jsou „závislí“ na jejich hrách (Shotton, 1989 in Kuss, 2013). Vzhledem k tomu, že digitální hry jsou zvláště přitažlivé pro děti a dospívající, jsou tito jedinci více ohroženi rozvojem herní závislosti než jiné skupiny. Studie z roku 2018 uvádí, že až 5,5 % dětí a dospívajících vykazuje známky závislosti na videohrách (Paulus et al., 2018).

Bylo identifikováno několik rizikových faktorů nadměrného hraní. Mezi sociodemografické faktory patří mužské pohlaví, raný věk, neúplná rodina a špatné zacházení. Klinickými faktory jsou poruchy nálady a úzkosti. Psychopatologické faktory zahrnují impulzivitu, otažitost, snížené sociální a empatické dovednosti, potíže s emoční regulací a problémy s pozorností (Andreassen et al., 2016; Gentile et al., 2011; González-Bueso et al., 2018).

Adolescenti mohou používat online hry jako způsob, jak se vyrovnávat se stresory a hraní her se může stát dysfunkční strategií zvládnání stresových situací (Kuss & Griffiths, 2012). Z výzkumu, jež probíhal v Německé ambulanci pro herní závislosti vyplynulo, že velká část dospívajících (17–19 let) léčících se ze závislosti na online hraní vykazuje příznaky deprese, úzkostí a somatizace (Wölfling & Müller, 2009).

V roce 2013 byla začleněna do 5. vydání Diagnostického a statistického manuálu (APA, 2013) porucha internetového hraní (IGD – internet gaming disorder). Světová

zdravotnická organizace uznává poruchu hraní (GD) jako samostatnou diagnózu od června 2018 v 11. verzi Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO, 2019).

Diagnostické symptomy gamingu dle DSM–5 (APA, 2013) jsou:

- zaujetí hraním internetových her (neustálé se zabývání hraním, přemýšlení nad hraním her, těšení se na hraní),
- příznaky odvykacího stavu při odnětí internetových her,
- tolerance (zvyšující se potřeba trávit čas hraním her),
- neúspěšné pokusy kontrolovat nebo omezit hraní her,
- ztráta zájmu o jiné koníčky a formy zábavy v důsledku hraní internetových her,
- pokračování v nadměrném hraní navzdory zjištěným problémům s tím spojených,
- klamání rodičů, terapeutů a dalších osob v souvislosti s rozsahem hraní internetových her,
- hraní internetových her slouží k úniku před realitou nebo úlevě od špatné nálady,
- v důsledku hraní her na internetu došlo k ohrožení nebo ztrátě významného vztahu, zaměstnání, studia nebo možnosti kariérního postupu.

U nadměrného hraní online her je potřeba rozlišit mezi vysokým nasazením a zápalem pro hru a patologickými vzorci hraní, které ohrožují fungování hráče v každodenním životě (Charlton & Danforth, 2010).

3.3 Sociální sítě

„Sociální sítě můžeme definovat jako virtuální místo – server, na kterém se scházejí mnohdy statisíce uživatelů, jejichž primárním zájmem je sdílet osobní informace. Důležitým aspektem je to, že uživatelé chtějí sdílet osobní data a informace s ostatními uživateli komunity pomocí svých profilů.“ (Pospíšil & Závodná, 2012, s. 99)

Sociální sítě jsou tedy určitým druhem virtuální služby, která nám poskytuje platformu pro sociální interakci, zábavu a za dobu své existence změnila každodenní životy miliard uživatelů (Huang, 2022; Pavlíček, 2010). Lidé pomocí nich sdílí své vzpomínky, životní momenty a poskytují ostatním uživatelům náhled do jejich života bez nutnosti osobní schůzky. Spojují tak uživatele napříč časem a prostorem (Kohout & Kachrňák, 2016).

Ellisonová a Boydová (2007) definovaly sociální sítě jako webové služby, které jednotlivcům umožňují vytvořit veřejný nebo poloveřejný profil v rámci ohraničeného

systemu, dále vytvořit si síť z ostatních uživatelů, se kterými si rozumí a sdílejí nějaké zájmy a v neposlední řadě prohlížet a procházet si jejich síť uživatelů a zájmů v rámci systému. Sociální síť obsahuje funkce z celé řady jiných aplikací včetně blogů, e-mailů, nástěnek, chatovacích místností, sdílení médií a jsou tak spojením mnoha předchozích možností využití (Boyd, 2008).

Dle dat Českého statistického úřadu (2019) v České republice používá sociální síť více než 4,7 milionů osob, tj. 54 % jednotlivců starších 16 let. První údaje o používání sociálních sítí v České republice pochází z roku 2009. Tehdy bylo dle Českého statistického úřadu na sociálních sítích 5 % obyvatel České republiky. Mezi lety 2009 a 2012 došlo k nejdynamičtějším nárůstu počtu uživatelů a jejich podíl se zvýšil z 5 % na 31 %. Od té doby se růst zpomalil a průměrný roční přírůstek je okolo 3,3 %. V roce 2019 byla Česká republika s podílem 56 % jednotlivců, používajících sociální síť, v průměru zemí Evropské unie. V čem se ale jako země lišíme od ostatních v EU je odlišnost v popularitě sociálních sítí u různých věkových skupin obyvatel. Zatím co Češi ve věku 16–24 let sdílí společně s Dánskem první příčku, Češi ve věku 55+ jsou značně pod průměrem a to s podílem 19 % (průměr EU je 27 %) (ČSÚ, 2019). Denně stráví uživatelé na sociálních sítích v průměru 2,5 hodiny (Beveridge & Lauron, 2023).

3.3.1 Závislost na sociálních sítích

V dnešní době jsou mladí uživatelé tak připoutáni ke svým mobilním zařízením vykonávajícím každodenní úkoly, že se často nechají unést nadměrným trávením hodin online a i když spí, jejich mobilní zařízení jsou umístěna na dosah ruky (Sim, 2019). Závislost na sociálních sítích je definována přílišným znepokojením o sociální média, vedená nekontrolovatelnou touhou přihlásit se nebo používat sociální média a věnovat sociálním médiím tolik času a úsilí, že to narušuje další důležité oblasti života (Hillard et al., 2023). Přílišné zaujetí sociálními sítěmi je spojeno neustálou potřebou kontrolovat stav jejich účtů na sociálních sítích aby nepřišli o nic zajímavého a zároveň sledují počty „liků“, komentářů, žádostí o přátelství a stav jejich sledujících (Al-Samarraie et al., 2021). S tímto může být spojený fenomén vycházející ze sociálního srovnání známý pod zkratkou FOMO (fear of missing out) neboli strach z toho, že nám něco uteče. Jedná se o typ úzkosti, při kterém se jedinec obává, že mu unikají zajímavé zážitky, které zažívají vrstevníci v jeho nepřítomnosti. Otázkou zůstává, zda jedinci, kteří pociťují FOMO, v důsledku toho tráví

hodně času na sociálních sítích či naopak, zda je FOMO důsledkem užívání sociálních sítí (Neumann, 2020).

Závislost na sociálních médiích je neustálým tématem debaty pro vývojáře těchto platforem a odborníky na duševní zdraví (Al-Samarraie, 2021). Některé studie (např. Choi & Sung, 2018; Chou et al., 2019) vyjádřily znepokojení nad nízkou seberegulací u nezletilých uživatelů při zveřejňování a sdílení osobních údajů. Mladí uživatelé získávají pozornost a podporu od svých sledujících prostřednictvím liků a komentářů. Dle úspěšnosti jejich příspěvků mohou tyto funkce např. zvýšit jejich sebevědomí a spokojenost nebo naopak vyvolat napětí, depresi nebo úzkost, při setkání se s negativní zpětnou vazbou.

Zatímco intenzivní uživatelé sociálních sítí mají svou aktivitu pod kontrolou, lidé závislí na sociálních médiích svou aktivitu kontrolovat nedokážou a pokračují v ní, i když bude mít za následek nežádoucí důsledky, jako je nedostatek spánku nebo vztahové konflikty (Andreassen, 2015).

Bezmála každý desátý adolescent ve věku 11–15 let vykazuje znaky problémového užívání sociálních sítí. Až 8 % všech českých školáků v tomto věkovém rozmezí nemá svůj život online zcela pod kontrolou. Klíčová změna ve využívání sociálních sítí se odehrává mezi 11. a 13. rokem. Prudce nahoru letí jak křivka popisující intenzitu online života českých školáků, tak počet uživatelů s přívlastkem „problémový“. U chlapců tento ukazatel roste zhruba o třetinu (z 6,3 % na 8,5 %), u děvčat je nárůst více než dvojnásobný (z 5,2 % na 12,0 %). Nůžky mezi oběma pohlavími se pak s věkem nadále rozevírají a dívky jsou statisticky ve vyšším riziku problémového užívání sociálních sítí než chlapci (HBSC, 2023).

4 Sebepoškozování

V oblasti sebepoškozování panuje značná nejednotnost v terminologii. Ve své knize na to poukazuje např. Kriegelová (2008), která terminologickým odlišnostem věnovala celou kapitolu. Autorka uvádí, že záměrné sebepoškozování („Deliberate Self-Harm“) je pouze jedním z typů sebepoškozujícího chování („Self-Destructive Behaviour“) a je nutné ho odlišit od dalších typů, např. od automutilace („Automutilation“), suicidálního („Suicidal Behaviour“) či rizikového chování („Risk-Taking Behaviour“). Upozorňuje obzvláště na nejednotnost terminologie v odborných, anglicky psaných textech, v nichž jsou paralelně užívané termíny často bez shodné definice, což může mít za následek špatnou interpretaci výsledků a s tím spojený problém se srovnáváním studií s touto tematikou (Kriegelová, 2008). Hort et al. (2000) definují sebepoškozování jako vědomý a cílený akt, který není vázaný na psychózu či mentální retardaci. Fischer a Škoda (2014, s. 77) popisují sebepoškozování jako „chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity“. Alderman (1997) líčí sebepoškozování jako fyzicky násilné chování, které jedinec vykoná sám na sobě, s určitým cílem a záměrem. Tento záměr ale není suicidální a cílem není ukončení vlastního života. Jako komplexní autoagresivní chování bez fatálních následků vymezuje sebepoškozování Platznerová (2009) a dále uvádí, že toto chování nemusí být bezpodmínečně doprovázeno myšlenkami na smrt, ale může s nimi být spojené. Obecně sebepoškozování popisuje jako maladaptivní reakci na chronický či akutní stres. Suttonová (2005) označuje sebepoškozování termínem „deliberate selfharm“ a definuje ho jako záměrné poškození vlastních tělesných tkání bez dekorativního či sexuálního záměru a bez zjevného záměru ukončit život.

Definic od různých autorů existuje nespočet, zdá se ale, že většina se shoduje v základních komponentech. Souhrnně lze říci, že sebepoškozování je takové chování, kterým jedinec ubližuje sám sobě, cíleně a záměrně, ale není suicidální (Kriegelová, 2008). Rovněž důležité je vymezit, co je patologické a co nepatologické. Platznerová (2009, s. 16) nevidí jako patologické takové chování, které „je v dané kultuře tolerované a jehož primárním cílem je sexuální uspokojení, dekorace těla, spirituální zážitek v rámci rituálních praktik, či začlenění se do skupiny vrstevníků“.

4.1 Formy sebepoškozování

Metody záměrného sebepoškozování jsou dle Krieglové (2008) rozděleny do dvou skupin. Do první skupiny patří „sebetrávení“ nebo „předávkování“ („Self-poisoning“ nebo „Overdosing“) neboli nadměrné požití léků, návykových látek či nepoživatelných substancí za účelem záměrného poškození vlastní tělesné tkáně. Druhou skupinou je sebezraňování („Self-injury“) ve smyslu aktu sebeřezání, sebekousání, sebspálení, vytrhávání si vlasů, sebebití atd. Obě skupiny se vyznačují tím, že výše zmíněné akty jsou konány bez suicidálního záměru. Hort et al. (2000) uvádí, že sebepoškozování má nejčastěji charakter lokalizované automutilace. Jedná se o řezání různými předměty, nejčastěji na ruku (konkrétně zápěstí) a nohou, méně často pak na břicho či obličej.

Dále Suttonová (1999) přináší rozdělení způsobů záměrného sebepoškozování. Dělí je do tří kategorií: sebetrávení nebo předávkování, sebezraňování (řezání, pálení atd.) a sebepoškozování, kam patří akty, které nejsou v naší společnosti považovány za úkaz sebepoškozování. Jsou jimi např. pití alkoholu, kouření, zneužívání drog, promiskuita a prostituce.

Platznerová (2009) rozděluje sebepoškozování do tří kategorií, a to na závažnou, stereotypní a povrchovou nebo mírnou automutilaci. Závažná automutilace je nejméně častou, zato nejextrémnější formou. Jde o akt ublížení si, při kterém je poškozen velký objem tkáně např. kastrace, amputace končetiny atd. Nejčastěji je tento typ spojen s psychotickými stavy nebo s akutní intoxikací. Stereotypní automutilace představuje fixované, rytmičné vzorce chování, nejčastěji např. bušení hlavou, stlačování očních bulv, kousání prstů nebo paží. Toto chování se objevuje u pacientů s mentální retardací, autistů, pacientů s Tourettovým nebo Lesch-Nyhanovým syndromem a u lidí s psychotickým onemocněním. Poslední a nejčastější kategorií je povrchová nebo mírná automutilace. Ta je tématem této práce a jedná se o akt, jehož výsledkem nebývá závažné ani fatální poškození tkání. Povrchovou či mírnou automutilaci (výše zmíněný třetí typ) je pak dále možné rozdělit do dvou podskupin, a to na kompulzivní a impulzivní epizodické sebepoškozování (Favazza, 1996). Kompulzivní sebepoškozování má blízko k obsedantně kompulzivní poruše. Objevují se nutkavé, opakující se myšlenky na sebepoškození s výsledkem ublížení si. Impulzivní sebepoškozování se objevuje jako okamžitá reakce na spouštěč bez předchozího rozmyslu (Platznerová, 2009).

Je dobré zmínit, že sebepoškození nemusí mít pouze fyzický charakter. Výzkum z roku 2017, jež realizovali Patchin a Hinduja, mluví o digitálním sebepoškození, při kterém jedinec anonymně vkládá na internet obsah, který ho poškozuje. Toto chování se nazývá jako self-cyberbullying neboli kyberšikanování sebe sama. O tomto chování se poprvé začalo mluvit v roce 2013 po sebevraždě 14leté Hannah Smith. Při zjišťování důvodů jejího činu byly objeveny zraňující zprávy, které si v týdnech před svou sebevraždou sama Hannah anonymně posílala na, v té době velmi populární, platformu Ask.fm. K této formě sebepoškození může docházet přes veškeré dostupné virtuální platformy, např. e-maily, sociální sítě, herní konzole, webová fóra, SMS atd. (Patchin & Hinduja, 2017).

4.2 Výskyt sebepoškození

U sebepoškození může být poměrně obtížné určit, kolik lidí v populaci tímto fenoménem trpí. Většina výzkumů a studií se totiž prováděla na klinické populaci, kdy se sebepoškození vyskytovalo současně s jinou psychiatrickou diagnózou nebo byl jedinec hospitalizován z důvodu závažnějšího ublížení si. Je pravděpodobné, že velké množství sebepoškozujících se jedinců lékařskou pomoc nevyhledá a úspěšně toto chování tají. Dalším faktorem, který může ztěžovat určení přesného výskytu sebepoškození v populaci, je již zmíněná nejednotnost v terminologii.

Nejčastější výskyt se uvádí v období adolescence (Fischer & Škoda, 2014). Sebepoškození probíhá zpravidla tajně, když je jedinec o samotě (Malá, 2009). Mívá charakteristický průběh, který popisují Koutek a Kocourková (2003). Jedinec je nejprve ovlivněn tzv. precipitující (vyvolávající) událostí, kterou nedokáže adekvátně zpracovat. Tato událost u něj zapříčiní pocity úzkosti, beznaděje, napětí apod. Následují myšlenky na sebepoškození, které se jedinec snaží odvrátit dostupnými zvládacími strategiemi. Pokud tyto strategie nezaberou, dochází k sebepoškození, které vzniklé napětí uvolní. Podle Malé (2009) pak více než polovina jedinců zažívá pocity viny, zahanbení a zklamání sami ze sebe.

Ze studie z roku 2020, jež byla provedena na vzorku 2280 slovenských adolescentů, vychází, že více než polovina z výzkumného vzorku (56 %) si alespoň jednou v životě úmyslně ublížila. Po použití kritéria pro zařazení jedince do skupiny sebepoškozujících adolescentů (recidivující sebepoškozující chování) lze konstatovat, že je prevalence tohoto jevu ve sledovaném souboru 45,2 %. Prevalence sebepoškození u mužů dosahuje 39 %, u žen je významně vyšší a to 49 % (Demuthova & Demuth, 2020). Na vyšší prevalenci sebepoškození u žen poukazuje i další výzkum z roku 2020, při němž z 1002 respondentů

bylo 68,8 % dívek (Demuthova et al., 2020). Ještě markantnější rozdíl se objevil v analýze souvislosti mezi rodinným zázemím a sebepoškozováním. Zatímco prevalence sebepoškozování u jedinců v tradičních rodinách dosahuje 41 %, v netradičních rodinách se prevalence zvyšuje na 57 %. Výsledky ukazují, že většina sebepoškozujících se adolescentů se snaží své chování před ostatními skrývat a 26,7 % adolescentů uvedlo, že o svém sebepoškozování nikomu neřekli. Ze studie dále vyplývá, že čím dříve jedinec se začne sebepoškozovat, tím masivnější je míra sebepoškozování v dospívání (Demuthova & Demuth, 2020).

4.3 Důvod sebepoškozování

U jedinců bez psychického onemocnění slouží sebepoškozování nejčastěji k upoutání pozornosti. Je iniciováno snahou vyhnout se nějaké nepříjemné situaci či povinnosti a jedinec se tímto chováním může snažit získat určité výhody (Fischer & Škoda, 2014). V mírnějších formách se může vyskytovat jako naučená reakce na stres. V takových případech přináší ublížení si úlevu od napětí a přesouvá ohnisko pozornosti na bolest (Lečbých, 2015).

U jedinců s psychickým onemocněním bývá sebepoškozování odrazem jejich stavu. U lidí s psychotickými příznaky, při kterých dochází ke zkreslenému vnímání reality prostřednictvím bludů či halucinací, se stírá rozdíl mezi vnějším světem a jejich vnitřním světem fantazijního myšlení. Pokud bude mít takový jedinec například pocit, že mu mimozemšťané pod kůži implantovali čip, může se pokusit domnělý čip odstranit. U některých jedinců s těžší formou mentální retardace a autismu má sebepoškozování nejčastěji formu stereotypních mechanických pohybů, které způsobují různá zranění (Lečbých, 2015). Jedná se například o narážení hlavou do zdi, kousání či extrémní škrábání. Toto chování může u těchto jedinců sloužit jako prostředek, jak upozornit na svoje potřeby a nálady (Fischer & Škoda, 2014).

4.4 Diagnostika

Sebepoškozování bylo v roce 2013 poprvé samostatně vymezeno v páté revizi manuálu DSM (APA, 2013). Dle MKN-10 (WHO, 1992) je na sebepoškozování nahlíženo pouze jako na příznak nebo diagnostické kritérium, a to konkrétně u hraniční poruchy osobnosti, poruchy se stereotypními pohyby asociované s autismem a mentální retardací a předstírané poruchy s přítomností snahy simulovat tělesnou nemoc (Platznerová, 2009).

U pacientů, kteří se repetitivně poškozují se v anamnéze může objevit např. diagnóza deprese, bipolární poruchy, posttraumatické stresové poruchy, poruchy příjmu potravy, obsedantně-kompulzivní poruchy, úzkostné, panické poruchy atd. (Platznerová, 2009).

V 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí je sebepoškozování vymezeno jako samostatná diagnóza „Intentional self-harm“, která spadá pod kategorii „External causes of morbidity or mortality“ neboli vnější příčiny nemocnosti nebo mortality. „Intentional self-harm“ je pak dále děleno, např. na „Intentional self-harm by transport injury event“ neboli úmyslné sebepoškození úrazem při přepravě, „Intentional self-harm by fall or jump“ – úmyslné sebepoškození pádem nebo skokem, „Intentional self-harm by contact with person, animal or plant“ – úmyslné sebepoškozování kontaktem s osobou, zvířetem nebo rostlinou apod. (WHO, 2019).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Výzkumný problém

Dospívání je obdobím mnoha velkých změn a je považováno za nejrizikovější období celého života jedince (Charvát & Nevoralová, 2012). Během dospívání se často objevují pocity osamělosti, sociální úzkosti a depresivní příznaky (Danneel et al., 2020). Toto období vývoje představuje také kritickou fázi pro nástup deprese (Hankin et al., 2015) a je v něm uváděn nejčastější výskyt sebepoškození (Fischer & Škoda, 2014).

Období adolescence v kombinaci s ADHD či depresemi představuje zvýšené riziko závislostního chování (Andreassen et al., 2016) a proto je důležité zaměřovat se na to, jakým způsobem dospívající tráví svůj volný čas a zda jejich aktivity nepřesahují zdravou a únosnou míru. Zvýšené používání moderních technologií a možnost téměř neustálého připojení na internet, sociální média a digitální hry, mohou způsobovat závislost. Četné studie ukazují, že tyto specifické typy behaviorálních závislostí jsou pozitivně spojeny jak s depresí (Brunborg et al., 2014; Demirci et al., 2015; Woods & Scott, 2016) tak s ADHD (Andreassen et al., 2016; Ginsberg et al., 2014). Výzkumy se shodují také na tom, že osoby se závislostí na internetu a hraní her, vykazují vyšší míru depresivních příznaků, nežli osoby bez závislosti (Mentzoni et al., 2011; Van Rooij et al., 2014). Ve studii z roku 2021, byla objevena silná korelace mezi závislostí na digitálních hrách a všemi hlavními příznaky ADHD, čili hyperaktivitou, impulzivitou a nepozorností (Masi et al., 2021).

Jak už jsme uváděli v teoretické části, s diagnózami deprese a ADHD je spojeno problematické začlenění těchto jedinců do společnosti. Sociálně izolovaní jedinci, kteří mají špatné interpersonální dovednosti (Cășvean, 2021; Pavlovici, 2021; Sandu & Nistor, 2020) bývají přitahováni hrami, které jim umožňují navazovat a rozvíjet vztahy online (Radulescu et al., 2020) a kompenzovat tím nedostatek sociálních vazeb v reálném světě. Lze tedy předpokládat, že nízká sociabilita a slabé sociální kompetence souvisí s herními problémy (Festl et al., 2013).

V závislosti na výše uvedeném se tato práce zaměřuje na výzkum online rizikového chování u chlapců s ADHD a dívek s depresí, které jsou vedené u pedopsychiatra pod diagnózou poruchy přizpůsobení. Tento výzkum je součástí většího výzkumného projektu a námi získaná data následně srovnáme se vzorkem obecné populace. Zajímá nás, zda má námi vybraná klinická populace větší sklony k závislostnímu chování, konkrétně na internetu (digitální hry, sociální sítě) nežli obecná populace, a zda se u námi vybrané klinické populace jedinci častěji sebepoškozují nežli v populaci obecné.

5.1 Výzkumné cíle

Hlavními cíli této práce je porovnání chlapců s ADHD a dívek s poruchou přizpůsobení v míře sebepoškozování a míře symptomů závislosti na sociálních sítích a digitálních hrách. Druhým cílem je porovnání vybrané klinické populace adolescentů s obecnou populací v míře symptomatiky závislosti na digitálních hrách, závislosti na sociálních sítích a sebepoškozování.

5.2 Výzkumné hypotézy

V návaznosti na vytyčené cíle jsme formulovali následujících 9 hypotéz. Pro přehlednost jsme je rozčlenili do dvou tematických celků.

Vybraná klinická populace

H1: Dívky s poruchou přizpůsobení mají více zkušeností se **sebeпоškozováním** nežli chlapci s ADHD.

H2: Chlapci s ADHD vykazují vyšší míru symptomů **závislosti na digitálních hrách** než dívky s poruchou přizpůsobení.

H3: Dívky s poruchou přizpůsobení vykazují vyšší míru symptomů **závislosti na sociálních sítích** než chlapci s ADHD.

Porovnání vybrané klinické populace s obecnou populací

H4: U chlapců z klinické skupiny je vyšší míra symptomů **závislosti na digitálních hrách** nežli u chlapců z obecné populace.

H5: U dívek z klinické skupiny je vyšší míra symptomů **závislosti na digitálních hrách** nežli u dívek z obecné populace.

H6: U chlapců z klinické skupiny je vyšší míra symptomů **závislosti na sociálních sítích** nežli u chlapců z obecné populace.

H7: U dívek z klinické skupiny je vyšší míra symptomů **závislosti na sociálních sítích** nežli u dívek z obecné populace.

H8: Chlapci z klinické skupiny vykazují vyšší míru **sebeпоškozování** nežli chlapci z obecné populace.

H9: Dívky z klinické skupiny vykazují vyšší míru **sebeпоškozování** nežli dívky z obecné populace.

6 Výzkumný soubor

Základním souborem byli dospívající ve věku 11–15 let, kteří jsou v péči dětského psychiatra s diagnózou poruchy pozornosti s hyperaktivitou a poruchy přizpůsobení. Přestože se v našem výzkumu zabýváme depresí, zvolili jsme jako podmínku pro výběr participantů diagnózu poruchy přizpůsobení a udělali jsme tak na základě faktu, že je tato diagnóza, obzvláště u dětí, hojně využívána a dává se jí přednost například před diagnózou depresivní fáze či rekurentní depresivní poruchy z důvodu, abychom mladého jedince neoznačili po zbytek života jako depresivního.

Výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří odpovídali našim předem zadaným kritériím (věk, pohlaví, diagnóza) a dobrovolně souhlasili s účastí ve výzkumu, čili jsme zvolili metodu záměrného (účelového) výběru. Z důvodu sběru dat pouze v rámci jedné klinické ordinace v omezeném časovém období, jsme cíle našeho výzkumu zaměřili na chlapce s ADHD a dívky s poruchou přizpůsobení. Pro konkrétní pohlaví u každé diagnózy jsme se rozhodli na základě genderové prevalence z předchozích výzkumů.

Celkem se nám podařilo získat data od 50 respondentů, konkrétně 29 chlapců s ADHD a 21 dívek s poruchou přizpůsobení, do finálních analýz bylo zahrnuto 23 chlapců s ADHD a 20 dívek s poruchou přizpůsobení (Tabulka 2). Ostatní byli vyřazeni z důvodů špatného vyplnění dotazníku (např. Zaškrtnutí více políček jako odpověď u jedné otázky, dopisování vlastních odpovědí atd.) či velkého množství chybějících odpovědí.

Druhou část výzkumného souboru tvořili jedinci sedmých tříd základních škol z celé České republiky, kteří se zapojili do širší výzkumné studie, ke které se náš výzkum připojil. Školy byly vybírány pomocí náhodného výběru a v každém kraji byly vybrány dvě (jedna základní škola a jedno víceleté gymnázium). Celkem se do studie zapojilo 28 škol s 1281 respondenty. Jedince z tohoto výzkumu a data od nich získaná budeme dále nazývat jako obecnou populaci (Tabulka 3).

Tabulka 2 Klinická populace

Pohlaví	Počet respondentů	Průměrný věk	SD
Chlapci	23	12,8	1,40
Dívky	20	14,3	0,86
Celkem	43	13,6	1,39

Poznámka: SD = směrodatná odchylka

Tabulka 3 Obecná populace

Pohlaví	Počet respondentů	Průměrný věk	SD
Chlapci	618	12,9	0,56
Dívky	663	12,9	0,53
Celkem	1281	12,9	0,54

Poznámka: SD = směrodatná odchylka

7 Technické provedení a etika výzkumu

V následující kapitole se budeme věnovat postupu provedení výzkumu včetně jeho etických náležitostí.

První fází výzkumu byla rešerše odborné literatury a tvorba ideového a technicko-logistického plánu. V rámci zapojení do většího výzkumu nám byla k dispozici již vytvořená dotazníková baterie, která byla následně upravena podle potřeb našeho výzkumu, součástí byl i informovaný souhlas schválený etickou komisí, opět upravený aby odpovídal našemu výzkumu. Následovalo kontaktování pedopsychiatrické ordinace, vysvětlení výzkumného záměru a námi vybrané populace a domluvení sběru dat.

V rámci výzkumu byly dodržovány etické standardy a zákonné normy určené pro práci s respondenty, spolupracující institucí a nakládání s daty. Před začátkem vyplňování dotazníku byli respondenti seznámeni s pravým záměrem bakalářské práce a byl jim stručně vysvětlen. V případě dotazů a připomínek se mohli respondenti obrátit na autorku výzkumu. Z důvodu práce s pacienty byla po celou dobu přítomná lékařka. Před sběrem dat byl z důvodu nezletilosti respondentů získán písemný informovaný souhlas zákonného zástupce a zároveň také samotní respondenti udělovali ústní souhlas s účastí ve výzkumu. Respondenti byli před vyplněním dotazníku ujištěni, že vyplnění je zcela dobrovolné, data budou anonymizována a mohou kdykoliv před jejich anonymizací z výzkumu odstoupit. Po celou dobu výzkumu byly respektovány etické standardy a normy vyplývající z Etických principů při výzkumu s lidmi stanovených Americkou psychologickou asociací (1982 in Ferjenčík, 2010).

V rámci etiky byly dodržovány následující body:

a) **respekt a ohled vůči účastníkům výzkumu** – účastníkům nebyla způsobena žádná újma, bylo s nimi jednáno s respektem a vzhledem k citlivosti dané populace byl po celou dobu přítomný dětský psychiatr,

b) **právo na informace** – účastníkům bylo před začátkem výzkumu vysvětleno, za jakým účelem je výzkum prováděn a jaké jsou jeho cíle,

c) **právo na soukromí a důvěrnost informací** – účastníci byli informováni o tom, že data budou anonymizována,

d) **právo odstoupit z výzkumu** – účastníci byli informováni o možnosti odstoupit z výzkumu před anonymizací dat.

Druhá fáze spočívala v převedení dat z dotazníků do elektronické podoby prostřednictvím programu Microsoft Office Excel a následné propojení s daty z větší výzkumné studie. Čistění a sjednocování finálních dat probíhalo ve stejném programu. K analýze dat jsme pak použili statistický program Statistica. Žádná ze sledovaných proměnných nevykazovala normální rozdělení, tudíž jsme k ověření našich hypotéz zvolili Mann-Whitneyův U test. Výsledky byly nakonec přepsány do tabulek a vloženy do této práce. Pro lepší znázornění výsledků bylo využito grafického znázornění, konkrétně byla zvolena forma krabicového grafu.

8 Metody získávání dat

Za metodologický přístup byl vzhledem k povaze výzkumného problému zvolen kvantitativní design. Konkrétně jsme zvolili metodu dotazníkového šetření. Sběr dat probíhal od ledna 2022 do února 2023. Jako metoda pro vyplnění dotazníků byla zvolena forma tužka-papír. Dotazníkové šetření zahrnovalo vyplnění základních demografických charakteristik (věk, pohlaví, aktuálně navštěvovaný ročník, národnost).

Dotazníková baterie obsahovala v rámci širší výzkumné studie více dotazníků, než bylo potřeba pro náš výzkumný záměr a cíle. Data pro náš výzkum a analýzu byla získána pomocí tří dotazníků v následujícím pořadí:

1. Sebepoškozování

Položka zaměřená na sebepoškozování.

Příklad položky:

- Už sis někdy během posledního roku záměrně fyzicky ublížil/a (např. řezání, škrábání, bouchnutí sebe sama a jiné)?
- ### 2. Bergenova škála závislosti na sociálních sítích – BSMAS (Andreassen et al., 2016)

Škála obsahuje 6 položek, které jsou sestaveny ze základních 6 komponent behaviorální závislosti specifikované Griffithsem (2005). Respondenti vybírají na škále Likertova typu o 5 možnostech. Skórujeme 1 = velmi zřídka, 2 = zřídka, 3 = někdy, 4 = často a 5 = velmi často. Celkově tedy respondent může získat 6 až 30 bodů.

Příklad položek:

- Jak často během posledního roku (12 měsíců) jsi cítil/a nutkání používat sociální sítě víc a víc?
- Jak často během posledního roku (12 měsíců) jsi se stal/a neklidným/ou nebo ses trápil/a, když jsi nemohl/a používat sociální sítě?

3. Kritéria poruchy hraní internetových her – IGD (Pontes & Griffiths, 2015)

Nástroj se zaměřuje na zhodnocení poruchy hraní internetových her, jedná se o novou diagnostickou kategorii, která byla zavedena do 5. revize Diagnostického a statistického manuálu a která je určena k dalšímu zkoumání. Škála cílí na 9 základních kritérií, která se

pojí se závislostí či patologickým vztahem k počítačovým hrám za posledních 12 měsíců. Škála obsahuje 9 položek, na škále Likertova typu o 5 možnostech. Skórujeme 1 = nikdy, 2 = málokdy, 3 = někdy, 4 = často, 5 = velmi často. Celkově tedy jedinec může získat 9 až 45 bodů.

Příklad položek:

- Když se snažíš hraní her omezit nebo s ním přestat, cítíš se podrážděnější, nervóznější, skleslejší nebo smutnější?
- Pokračuješ v hraní i přesto, že to způsobuje problémy mezi tebou a lidmi ve tvém okolí?

9 Výsledky

V následující kapitole se budeme věnovat výsledkům a ověřování našich stanovených hypotéz. Pro lepší přehlednost a názornost použijeme grafy a tabulky.

Byl nalezen statisticky významný rozdíl v sebepoškozování mezi dívkami s poruchou přizpůsobení a chlapci s ADHD, $U = 38$; $p < 0,001$; $AUC = 0,917$. Dívky s poruchou přizpůsobení vykazují signifikantně vyšší míru sebepoškozování oproti chlapcům s ADHD. Pravděpodobnost, že náhodně vylosovaná dívka s poruchou přizpůsobení bude vykazovat vyšší míru sebepoškozování oproti náhodně vylosovanému chlapci s ADHD je 91,7 %.

H1: Dívky s poruchou přizpůsobení mají více zkušeností se **sebepoškozováním** nežli chlapci s ADHD. **Přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme nulovou hypotézu.** V tabulce 4 můžeme vidět poměrně velkou odlišnost v průměru, mediánu i směrodatné odchylce. Grafické znázornění zobrazuje příloha 3.

Tabulka 4 Klinická populace – sebepoškozování

Pohlaví	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Chlapci	1,17	1	1	3	0,49
Dívky	2,90	3	1	4	0,96

Dále jsme našli rozdíl mezi chlapci s ADHD a dívkami s poruchou přizpůsobení v míře symptomů závislosti na digitálních hrách, $U = 161$; $p = 0,047$; $AUC = 0,65$. Pravděpodobnost, že bude náhodně vylosovaný chlapec s ADHD vykazovat vyšší míru symptomů závislosti na digitálních hrách oproti náhodně dívce s poruchou přizpůsobení je 65 %. **H2:** Chlapci s ADHD vykazují vyšší míru symptomů **závislosti na digitálních hrách** než dívky s poruchou přizpůsobení. **Přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme nulovou hypotézu.** V tabulce 5 lze vidět, že chlapci s ADHD vykazují vyšší míru symptomů závislosti na digitálních hrách nežli dívky s poruchou přizpůsobení. Grafické znázornění naleznete v příloze 4.

Tabulka 5 Klinická populace – IGD

Pohlaví	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Chlapci	19,61	17	9	35	7,96
Dívky	15,50	14	9	30	6,04

Poznámka: IGD = symptomy závislosti na digitálních hrách

V případě **H3**: Dívky s poruchou přizpůsobení vykazují vyšší míru symptomů **závislosti na sociálních sítích** než chlapci s ADHD se nám statisticky významný rozdíl prokázat nepodařilo, jak je možné vidět v tabulce 6, $U = 169,5$; $p = 0,071$, proto **nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní nepřijímáme**.

Tabulka 6 Klinická populace – BSMAS

Pohlaví	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Chlapci	12,69	10	6	26	6,10
Dívky	14,35	15	7	20	3,34

Poznámka: BSMAS = symptomy závislosti na sociálních sítích

Jak můžete vidět v tabulce 7, u chlapců s ADHD a chlapců z obecné populace jsme statisticky významný rozdíl nenašli, $U = 5782$, $p = 0,064$. **H4**: U chlapců z klinické skupiny je vyšší míra symptomů **závislosti na digitálních hrách** nežli u chlapců z obecné populace. **Nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní nepřijímáme**.

Tabulka 7 Porovnání klinické populace chlapců s obecnou populací v míře symptomů závislosti na digitálních hrách IGD

	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Chlapci K	19,61	17	9	35	7,96
Chlapci O	16,71	16	9	42	5,68

Poznámka: K = klinická populace, O = obecná populace

Jak můžete vidět v tabulce 8, v případě páté hypotézy jsme nenašli statisticky významný rozdíl, $U = 5232$, $p = 0,052$. **H5**: U dívek z klinické skupiny je vyšší míra symptomů **závislosti na digitálních hrách** nežli u dívek z obecné populace. **Nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní nepřijímáme**.

Tabulka 8 Porovnání klinické populace dívek s obecnou populací v míře symptomů závislosti na digitálních hrách IGD

	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Dívky K	15,50	14	9	30	6,04
Dívky O	13,26	11	9	41	5,36

Poznámka: K = klinická populace, O = obecná populace

Jak lze vidět v tabulce 9, nenašli jsme statisticky významný rozdíl v míře symptomů závislosti na sociálních sítích mezi chlapci s ADHD a chlapci z obecné populace, $U = 6746$, $p = 0,339$. **H6:** U chlapců z klinické skupiny je vyšší míra symptomů závislosti na sociálních sítích nežli u chlapců z obecné populace. **Nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní nepřijímáme.**

Tabulka 9 Porovnání klinické populace chlapců s obecnou populací v míře symptomů závislosti na sociálních sítích BSMAS

	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Chlapci K	12,71	10	6	26	6,09
Chlapci O	11,52	11	6	28	4,28

Poznámka: K = klinická populace, O = obecná populace

Jak lze vidět v tabulce 10, nenašli jsme statisticky významný rozdíl v míře symptomů závislosti na sociálních sítích mezi dívkami s poruchou přizpůsobení a dívkami z obecné populace, $U = 5494$, $p = 0,095$. **H7:** U dívek z klinické skupiny je vyšší míra symptomů závislosti na sociálních sítích nežli u dívek z obecné populace. **Nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní nepřijímáme.**

Tabulka 10 Porovnání klinické populace dívek s obecnou populací v míře symptomů závislosti na sociálních sítích BSMAS

	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Dívky K	14,35	15	7	20	3,34
Dívky O	13,34	13	6	28	5,10

Poznámka: K = klinická populace, O = obecná populace

V tabulce 11 lze vidět, že jsme nenašli statisticky významný rozdíl v míře sebepoškozování mezi chlapci s ADHD a chlapci z obecné populace, $U = 5708$, $p = 0,974$. **H8:** Chlapci z klinické skupiny vykazují vyšší míru sebepoškozování nežli chlapci z obecné populace. **Nulovou hypotézu nezamítáme a alternativní nepřijímáme.**

Tabulka 11 Porovnání klinické populace chlapců s obecnou populací v míře sebepoškození

	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Chlapci K	1,17	1	1	3	0,49
Chlapci O	1,48	1	1	4	0,78

Poznámka: *K = klinická populace, O = obecná populace*

Jak lze vidět v tabulce 12, v případě deváté hypotézy jsme statisticky významný rozdíl našli, $U = 3214$; $p < 0,001$; $AUC = 0,76$. Pravděpodobnost, že náhodně vylosovaná dívka s poruchou přizpůsobení bude vykazovat vyšší míru sebepoškození oproti náhodně vylosované dívce z obecné populace je 76 %. Dívky z klinické populace vykazují výrazně vyšší míru sebepoškození nežli dívky z obecné populace, a proto v případě **H9**: Dívky z klinické skupiny vykazují vyšší míru **sebeпоškození** nežli dívky z obecné populace **přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme nulovou**. Grafické znázornění naleznete v příloze 5.

Tabulka 12 Porovnání klinické populace dívek s obecnou populací v míře sebepoškození

	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Dívky K	2,90	3	1	4	0,97
Dívky O	1,86	1	1	4	1,06

Poznámka: *K = klinická populace, O = obecná populace*

10 Diskuse

Cílem tohoto výzkumu bylo porovnání klinické a obecné populace adolescentů. V rámci této kapitoly se zaměříme na výsledky, které jsme pomocí našeho výzkumu získali a na jejich porovnání s výsledky dříve realizovaných výzkumných studií. Zaměříme se na nedostatky a limity, se kterými jsme se v rámci našeho výzkumu setkali a navrhneme, jak tyto nedostatky vyřešit pro případ dalšího šetření. Tuto kapitolu doplníme také o návrhy na budoucí studie.

Hlavní zjištění, které náš výzkum přináší, je velmi vysoce signifikantní rozdíl ($p < 0,001$) v míře sebepoškozování u dívek s poruchou přizpůsobení oproti dívkám z obecné populace i oproti chlapcům s ADHD. Z longitudinálních studií vyplývá, že deprese (Kessler, 2001) a sebepoškozování se začínají s nástupem adolescence stupňovat (Klonsky et al., 2011). Výzkumů na korelace mezi depresí a sebepoškozování bylo mnoho (Gollust et al., 2008; Nock, et al., 2006; Odelius & Ramklint, 2014) a bylo zjištěno, že depresivní jedinci se častěji sebepoškozují nežli jedinci bez deprese (Barrocas et al., 2015). Námi získaný výsledek je také v souladu s výsledky studie z roku 2020, v nichž vychází prevalence sebepoškozování u žen je významně vyšší (Demuthová & Demuth, 2020). Tento výrok podporuje i výzkumu z roku 2022, který se zaměřoval na problémy sebepoškozujících se adolescentů, při kterém bylo z celkového množství 5648 sebepoškozujících se respondentů 75,5 % dívek a žen (Townsend et al., 2022). Převaha výskytu sebepoškozování u ženského pohlaví se projevila i v dalších našich výsledcích, kdy dívky dosahovaly v průměru vyššího skóre sebepoškozování nežli chlapci, bez ohledu na klinickou nebo obecnou populaci.

Dále jsme našli signifikantní rozdíl v rámci klinické populace v míře symptomů závislostního chování na digitálních hrách. Konkrétně vykazovali vyšší závislostní chování chlapci s poruchou pozornosti a hyperaktivitou oproti dívkám s poruchou přizpůsobení, což se shoduje s výsledky výzkumu z roku 2016, při kterém bylo prokázáno zvýšené závislostní chování u jedinců s ADHD na moderních technologiích (Andreassen et al., 2016). Studie z roku 2018 dokonce varuje jedince s ADHD před zvýšeným rizikem závislosti na počítačových hrách a uvádí také genderovou nerovnováhu, kdy v 60 % převažují hráči mužského pohlaví (Mathews, 2018).

Statisticky významný rozdíl v závislosti na sociálních sítích jsme u dívek s depresemi oproti dívkám z obecné populace ani chlapcům z klinické populace

neprokázali, přestože jsme ho na základě dřívějších studií předpokládali. Například výzkum z roku 2019 prokázal vysoké skóre závislosti na sociálních sítích u jedinci s depresivní poruchou (Robinson et al., 2019). Studie na 34 různých středních školách v Západní Austrálii zjistila, že závislost na internetu (zahrnující nadměrné užívání sociálních sítí) funguje jako rizikový faktor vedoucí ke vzniku deprese (Blomfield Neira & Barber, 2014). Lai et al. ve své studii šesti asijských zemí z roku 2015 uvádí možnost předpovídat deprese u dospívajících se závislostí na internetu. Je možné, že z důvodu malého vzorku se nám nepodařilo zachytit efekt deprese v souvislosti se závislostí na sociálních sítích, pro ověření této úvahy by bylo vhodné, získat data od více respondentů z klinické populace a analýzy zopakovat.

Vzhledem ke spolupráci pouze s jedním psychiatrickým pracovištěm a omezeným množstvím vyhovujících pacientů pro náš výzkum, jsme zvolili metodou záměrného výběru, a rozhodli jsme se získat data pouze od jednoho pohlaví námi zvolených diagnóz. Pro konkrétní pohlaví u každé diagnózy jsme se rozhodli na základě genderové prevalence z předchozích výzkumů, které Vám v následujících odstavcích představíme.

Pro zvolení chlapců při diagnóze ADHD jsme se rozhodli na základě těchto výzkumů. V roce 2017 byl realizován výzkum, jež hovoří o celkové prevalenci ADHD 5,4 %. Zastoupení jednotlivých pohlaví pak vymezuje 7,9 % chlapců a 2,7 % dívek (Hauck et al., 2017). Studie z roku 2019, která se zaměřovala na prevalenci ADHD v různých skupinách dle věku (v rozmezí 6 až 18 let) přišla s výsledkem, že míra prevalence rostla s věkem, přičemž **muži trvale vykazovali vyšší prevalenci než ženy**, a to **ve všech věkových skupinách** (Leung et al., 2019). Se stejným výsledkem přišla i studie, jež propojila data různých výzkumů z let 1999–2012 (Vasiliadis et al., 2017).

V rámci deprese jsme se rozhodli pro zkoumání dívek na základě následujících zjištění. National Health Survey z roku 2017 uvádí, že **prevalence diagnóz deprese u žen (9,2 %) je dvojnásobná než u mužů (4,0 %)**. Předepisování a spotřeba antidepressiv a stimulantů byla více než dvojnásobná u žen (7,9 % oproti 3,2 %) (Ministerio de Sanidad, 2017). V meta-analýze z roku 2021, která porovnávala výsledky z 72 studií z let 2001 až 2020 byla **nalezena vyšší prevalence zvýšených symptomů deprese u dospívajících žen než u dospívajících mužů**.

Je důležité upozornit na fakt, že do studie jsme vybírali pouze jedince s dostatečným intelektem pro pochopení otázek a správné vyplnění dotazníku. Námi

zkoumané diagnózy se vyskytují napříč všemi intelektovými pásmy, a proto pro nás bylo hranicí IQ 70, jakožto i hranice pro lehkou mentální retardaci (WHO, 1992).

Limity a doporučení pro další výzkum

V průběhu vypracovávání této práce jsme si logicky propojili souvislosti mezi závislostním chováním na sociálních sítích, digitálních hrách a oběma diagnózami s poruchou spánku. Proto si pokládáme otázku, zda poruchy spánku u námi zvolených diagnóz nejsou jedním z rizikových faktorů při vzniku závislosti na online prostoru a hrách. U jedinců s ADHD jsou poruchy spánku časté (Lewis et al., 2022) a ovlivňují celkový biorytmus jedince. Mohou vzniknout v důsledku sdílených genetických vlivů. Tato teorie byla podpořena studiemi dvojčat (Gregory et al., 2017) a celogenomovou asociační studií (GWAS), při které byla nalezena pozitivní korelace mezi ADHD a nespavostí na základě jejich dědičnosti (Demontis et al., 2019). Pokud bychom se bavili o výskytu poruch spánku u lidí trpících depresemi, našli bychom je v různých podobách až u 90 % jedinců (Krystal, 2012). Okolo 80 % pacientů s depresemi zažívá obtíže s nespavostí a 15–35 % naopak s nadměrnou spavostí (Steiger & Pawlowski, 2019).

V rámci závislostního chování existuje velké množství výzkumů, které spojují špatný spánek s používáním počítače a internetu obecně, i s konkrétním zaměřením na používání sociálních médií (Woods & Scott, 2016). Zvýšená aktivita na internetu je spojena jak se sníženou dobou trvání spánku (Garmy et al., 2012; Pea et al., 2012), tak s pozdějším časem usínání a zvýšenou únavou přes den (Garmy et al., 2012). Výzkum z roku 2011, který se zaměřoval na problémy spojené s užíváním sociálních sítí u dospívajících, poukazuje na výrazné zhoršení spánku u 37 % všech respondentů.

Dle nás by tedy bylo zajímavé souvislost mezi našimi proměnnými, konkrétně závislostního chování na sociálních sítích, závislostního chování na digitálních hrách, diagnózách ADHD a poruchy přizpůsobení se zaměřením na depresi hlouběji prozkoumat v rámci budoucí studie.

Vzhledem k námi získanému malému vzorku klinické populace nám při vyhodnocování dat mohli uniknout slabší efekty proměnných. Proto pokud by v budoucnu byl podobný výzkum opakován, bylo by dobré kontaktovat více psychiatrických zařízení a pokusit se získat data od většího počtu respondentů.

Dalším limitem, kterého jsme si vědomi, jsou informace a získaná data pouze od jednoho konkrétního, námi zvoleného, pohlaví každé diagnózy, proto při jejich porovnávání nejsme schopni říci, zda námi získaný výsledek je ovlivněn diagnózou, pohlavím nebo jejich kombinací. S tím se opět váže fakt, že by v budoucnu bylo dobré domluvit spolupráci s více dětskými psychiatry a mít šanci testovat obě pohlaví v rámci obou diagnóz.

Limitem, který šlo předpovědět předem, byl problém se soustředěním u dětí s ADHD, které měly často problém dotazníky dokončit. Lze tedy předpokládat, že na základě snížené pozornosti byly otázky ke konci dotazníku vyplněny laxněji, bez hlubšího zamýšlení. Zároveň jsme z tohoto důvodu museli 6 dotazníků úplně z výzkumu odstranit.

Informací, kterou je důležité uvést je, že obě skupiny dětí v naší klinické populaci se nacházejí v péči dětského psychiatra a jsou úspěšně залечены psychofarmaky. Jsme si vědomi toho, že pokud by děti psychofarmaky залечены nebyly, mohly by být výsledky jiné a nalezené rozdíly silnější. Doporučením pro budoucí studii by tedy mohlo být otestování dětí před zavedením medikace a následně po určité době, kdy je pacient stabilizovaný.

11 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na prozkoumání rozdílů mezi námi vybranou klinickou populací adolescentů a obecnou populací, jejíž data byla získána v rámci větší výzkumné studie. Zaměřili jsme se na online rizikové chování a zkoumali jsme rozdíly v míře symptomů závislosti na digitálních hrách a sociálních sítích. Také jsme se věnovali porovnání klinické populace s obecnou v rámci míry sebepoškozování. V neposlední řadě jsme prozkoumávali rozdíly v již zmíněných proměnných mezi oběma skupinami naší klinické populace, konkrétně tedy chlapci s ADHD a dívkami s poruchou přizpůsobení.

První část výsledků prezentuje rozdíly v rámci klinické populace. Byla zjištěna pravděpodobnost, že náhodně vylosovaná dívka s poruchou přizpůsobení bude vykazovat vyšší míru sebepoškozování oproti náhodně vylosovanému chlapci s ADHD je 91,7 %. **Přijmuli jsme alternativní hypotézu H1:** Dívky s poruchou přizpůsobení mají více zkušeností se **sebepoškozováním** nežli chlapci s ADHD. **Nulová hypotéza tedy byla zamítnuta.** Dále jsme zjistili pravděpodobnost toho, že náhodně vylosovaný chlapec s ADHD bude vykazovat vyšší míru symptomů závislosti na digitálních hrách oproti náhodně vylosované dívce s poruchou přizpůsobení v 65 %. **Přijmuli jsme alternativní hypotézu H2:** Chlapci s ADHD vykazují vyšší míru symptomů **závislosti na digitálních hrách** než dívky s poruchou přizpůsobení. **Nulová hypotéza tedy byla zamítnuta.** Prokázání statisticky významného rozdílu v závislostním chování na sociálních sítích v rámci skupin naší klinické populace se nám nepodařilo. Proto jsme **alternativní hypotézu H3:** Dívky s poruchou přizpůsobení vykazují vyšší míru symptomů **závislosti na sociálních sítích** než chlapci s ADHD **nepřijali a nulovou hypotézu nezamítli.**

Druhá část výsledků se zaměřuje na srovnání klinické populace s obecnou. V rámci tohoto srovnávání se nám statisticky významný rozdíl podařilo nalézt pouze jeden, a to konkrétně v rámci sebepoškozování mezi dívkami z klinické populace a dívkami z obecné populace. **Přijmuli jsme pouze alternativní hypotézu H9:** Dívky z klinické skupiny vykazují vyšší míru **sebepoškozování** nežli dívky z obecné populace. **Nulová hypotéza byla opět zamítnuta.** Pravděpodobnost, že náhodně vylosovaná dívka s poruchou přizpůsobení bude vykazovat vyšší míru sebepoškozování oproti náhodně vylosované dívce z obecné populace je 76 %.

Z celkového počtu 9 hypotéz jsme přijali 3 a 6 jsme nepřijali.

Závislost na digitálních hrách

V rámci závislosti na digitálních hrách jsme si stanovili 3 hypotézy, z nichž byla **1 přijata a 2 nepřijaty**. Konkrétně jsme **přijali H2**: Chlapci s ADHD vykazují vyšší míru symptomů **závislosti na digitálních hrách** než dívky s poruchou přizpůsobení. V případě **H4**: U chlapců z klinické skupiny je vyšší míra symptomů **závislosti na digitálních hrách** nežli u chlapců z obecné populace a **H5**: U dívek z klinické skupiny je vyšší míra symptomů **závislosti na digitálních hrách** nežli u dívek z obecné populace, jsme **alternativní hypotézu nepřijali a nulovou hypotézu nezamítli**. Byl tedy nalezen rozdíl v rámci naší klinické populace, při porovnání jednotlivých skupin s populací obecnou už jsme ale žádný statisticky významný rozdíl nenašli.

Závislost na sociálních sítích

Rozdíly v závislosti na sociálních sítích byly testovány v rámci 3 hypotéz, **H3**: Dívky s poruchou přizpůsobení vykazují vyšší míru symptomů **závislosti na sociálních sítích** než chlapci s ADHD, **H6**: U chlapců z klinické skupiny je vyšší míra symptomů **závislosti na sociálních sítích** nežli u chlapců z obecné populace, **H7**: U dívek z klinické skupiny je vyšší míra symptomů **závislosti na sociálních sítích** nežli u dívek z obecné populace, z nichž **ani jedna alternativní hypotéza nebyla přijata a ani jedna nulová hypotéza nebyla zamítnuta**. Nenašli jsme tedy žádný statisticky významný rozdíl v rámci klinické populace ani při porovnání jejích jednotlivých skupin s populací obecnou.

Sebepoškozování

Stejně jako u předchozích dvou proměnných jsme v problematice sebepoškozování stanovili 3 hypotézy. **Dvě z nich jsme přijali a jednu nepřijali**. V obou případech jsme prokázali vyšší míru sebepoškozování u dívek a proto byly v případě **H1**: Dívky s poruchou přizpůsobení mají více zkušeností se **sebepoškozováním** nežli chlapci s ADHD a **H9**: Dívky z klinické skupiny vykazují vyšší míru **sebepoškozování** nežli dívky z obecné populace **alternativní hypotézy přijaty a nulové zamítnuty**. Čili jediná **nepřijatá alternativní hypotéza a nezamítnutá nulová hypotéza** se vztahovala k rozdílu v sebepoškozování mezi chlapci s ADHD a chlapci z obecné populace **H8**: Chlapci z klinické skupiny vykazují vyšší míru **sebepoškozování** nežli chlapci z obecné populace. Ukázalo se, že chlapci z obecné populace měli více zkušeností se sebepoškozováním, nežli chlapci z klinické populace, což bylo v rozporu s našim předpokladem. Tento rozdíl však nebyl statisticky významný.

Souhrn

Práci tvoří teoretická a výzkumná část. V teoretické části bylo popsáno období adolescence, námi vybraná klinická populace zahrnující poruchu pozornosti s hyperaktivitou a deprese, dále nelátkové závislosti, konkrétně závislost na internetu, digitálních hrách a sociálních sítích. Poslední kapitola byla věnována problematice sebepoškozování. V následujících odstavcích se budeme věnovat shrnutí právě těchto témat. Dále následuje shrnutí výzkumné části, kde zrekapitulujeme naše výzkumné cíle, metodologický rámec a výzkumný soubor. Stejně tak jako výsledky, limity a doporučení pro budoucí studie.

První kapitola byla věnována období adolescence, uvedli jsme nejčastěji používaná věková vymezení v české republice, například vymezení dle Thorové (2015), Macka (2003), Vágnerové (2012), Langmeiera a Krejčířové (2018) a zmínili jsme i terminologické odlišnosti dle těchto autorů. Dále jsme se zaměřili na vývojové změny, kterými jedinec v tomto období prochází a také na to, jak se v průběhu dospívání může cítit. Popsali jsme, jak se dospívající jedinec chová ve společnosti a jak je pro něj důležitá interakce s vrstevníky. Kapitulu jsme zakončili vymezením vývojových úkolů pro toto období a uvedli důležitost jejich splnění pro následný život dospělého člověka.

V druhé kapitole jsme se zaměřili na vymezení námi zvolené klinické populace. Zaměřili jsme se na popsání vybraných diagnóz a jejich problematiku v adolescenci. Uvedli jsme, v čem je život pro nemocného jedince ztížený a s jakými problémy se musí potýkat. U každé diagnózy jsme popsali její projevy, etiologii a epidemiologii. Popsali jsme vývoj a aktuální terminologii a upozornili na pojmy, které je snadné mezi sebou zaměnit. Zmínili jsme se o možnosti diagnostiky dle manuálů DSM–5 (APA, 2013), MKN–10 (WHO, 1992) i MKN–11 (WHO, 2019) a okrajově nastínili možnosti léčby. Na závěr jsme umístili podkapitulu propojující tyto dvě diagnózy dohromady za pomoci aktuálních výzkumných studií.

Třetí kapitola měla čtenáře seznámit s tématem nelátkových závislostí a upozornit na jejich problematický nárůst. Vysvětlili jsme, v čem se nelátkové závislosti liší od těch látkových, co tyto závislosti zahrnují a jaké mají příznaky. Ani v této kapitole jsme neopomenuli diagnostická kritéria a uvedli, v čem se mezi sebou u této problematiky liší. Nelátkové závislosti jsme rozdělili na tři podkapitoly, konkrétně na závislost na internetu, závislost na digitálních hrách a závislost na sociálních sítích.

Poslední téma sebepoškozování jsme osvětlili ve čtvrté, poslední kapitole teoretické části. Na začátek jsme upřesnili nejednotnost v terminologii a uvedli různé definice sebepoškozování například dle Horta et al. (2000), Fishera a Škody (2014), Aldermana (1997), Platznerové (2009) a Suttonové (2005). Věnovali jsme se různým formám sebepoškozování a rozdělili jsme je dle závažnosti. Na základě aktuálních dat jsme popsali výskyt sebepoškozování v populaci, uvedli jsme důvody, proč je jedinec ochotný si ublížit, jak sebepoškozování diagnostikovat.

Cíle našeho výzkumu byly dva. U prvního cíle jsme se zaměřili na porovnání chlapců s ADHD a dívek s poruchou přizpůsobení v míře sebepoškozování a míře symptomů závislosti na sociálních sítích a digitálních hrách. Druhým cílem bylo porovnání vybrané klinické populace adolescentů s obecnou populací v míře symptomatiky závislosti na digitálních hrách, závislosti na sociálních sítích a sebepoškozování.

Sběr dat probíhal v ambulanci dětské psychiatrie za pomoci dotazníkové baterie, která nám byla poskytnuta v rámci širší výzkumné studie. S každým dotazníkem byl rozdán i informovaný souhlas s účastí ve výzkumu, který museli zákonní zástupci respondentů před začátkem vyplňování podepsat. Získaná data byla anonymizována a převedena do elektronické podoby v programu Microsoft Excel, kde byla pročištěna a spojena s daty z většího výzkumu. Následná analýza probíhala v programu Statistica. Jelikož žádná z našich proměnných nevykazovala normální rozdělení rozhodli jsme se použít Mann-Whitneyův U test.

Hlavním zjištěním byla míra sebepoškozování u depresivních dívek. V obou případech, které jsme testovali, vyšel statisticky významný rozdíl s p-hodnotou $< 0,001$.

Z 9 námi stanovených hypotéz se nám podařilo přijmout 3, zbylých 6 přijato nebylo. Nalezli jsme statisticky významný rozdíl v míře symptomů závislosti na digitálních hrách u chlapců z klinické populace oproti dívkám z klinické populace. Statisticky významný rozdíl byl nalezen i v případech dívčího sebepoškozování. Přičemž dívky s poruchou přizpůsobení vykazují vyšší míru sebepoškozování nežli dívky z obecné populace a chlapci s ADHD.

Následovala kapitola diskuse, ve které jsme porovnali námi získané výsledky s jinými studiemi a vysvětlili jsme, proč jsme se rozhodli o zařazení pouze jednoho pohlaví v rámci každé diagnózy s odkazem na jejich prevalenci ve společnosti. V rámci doporučení pro budoucí studie jsme popsali poruchu spánku, která je provázaná s našimi proměnnými a uvedli jsme různé studie, které tuto provázanost dokládají.

Věříme, že i přes limity, které jsou s touto prací spojeny a které jsme v rámci diskuse zmínili, jsme přinesli přinejmenším potvrzení dřívějších předpokladů o sebepoškozování a závislosti na digitálních hrách u chlapců s ADHD. Tento výzkum se zabýval v dnešní době velmi aktuálním tématem a přinesl propojení dat mezi klinickou a obecnou populací.

Literatura

- Alderman, T. (1997). *The Scared Soul: Understating and Ending Self-Inflicted Violence*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Al-Samarraie, H., Bello, K., Alzahrani, A. I., Smith, A. P., & Emele, C. (2021). Young users' social media addiction: Causes, consequences and preventions. *Information Technology & People*, 35(7), 2314-2343. <https://doi.org/10.1108/itp-11-2020-0753>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. vydání). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andreassen, C. S. (2015). Online Social Network Site Addiction: A Comprehensive Review. *Current Addiction Reports*, 2(2), 175–184. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0056-9>
- Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 252–262. <https://doi.org/10.1037/adb0000160>
- Barrocas, A. L., Giletta, M., Hankin, B. L., Prinstein, M. J., & Abela, J. R. Z. (2015). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Longitudinal course, trajectories, and intrapersonal predictors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 369–380. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9895-4>
- Beveridge, C., & Lauron S. (2023). 160+ Social Media Statistics Marketers Need in 2023. *Hootsuite.com*. https://blog.hootsuite.com/social-media-statistics-for-social-media-managers/#General_social_media_statistics
- Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T. J., McCreary, M., ... Faraone, S. V. (2008). New Insights Into the Comorbidity Between ADHD and Major Depression in Adolescent and Young Adult Females. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4), 426–434. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31816429d3>
- Biderman, J., & Faraone, S. (2005). Attention- deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 366, 237-248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66915-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66915-2)

- Blinka, L., Škařupová, K., Ševčíková, A., Licehammerová, Š., & Vondráčková, P. (2016). *Online závislosti*. Praha: Grada.
- Blomfield Neira, C.J., & Barber, B.L. (2014) Social networking site use: linked to adolescents' social self-concept, self-esteem, and depressed mood. *Australian Journal of Psychology*, 66(1), 56–64. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12034>
- Boyd, D. M. (2008). Taken Out of Context: American Teen Sociality in Networked Publics. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1344756>
- Boyd, D. M., & Ellison, N. B. (2007). Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1), 210–230. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x>
- Bron, T. I., Bijlenga, D., Verduijn, J., Penninx, B. W. J. H., Beekman, A. T. F., & Kooij, J. J. S. (2016). Prevalence of ADHD symptoms across clinical stages of major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 197, 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.053>
- Brunborg, G. S., Mentzoni, R. A., & Frøyland, L. R. (2014). Is video gaming, or video game addiction, associated with depression, academic achievement, heavy episodic drinking, or conduct problems?. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(1), 27–32. <https://doi.org/10.1556/jba.3.2014.002>
- Buijssen, H. (2021). *Deprese: Jak pomoci a neztratit sám sebe: průvodce pro rodinu a přátele*. Praha: Grada.
- Burešová, I., Steinhausel, A., & Havigerová, J. M. (2012). Computer Gaming and Risk Behaviour in Adolescence: A Pilot Study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 69, 247–255. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.11.406>
- Cășvean, T. M., Hodoroagea, V., & Cășvean, I. E. (2021). The experience created by the social and cultural context constructed by video games: A digitization of life and death. *Journal for Social Media Inquiry*, 3(1), 19–31. <https://doi.org/10.18662/jsmi/3.1/14>
- Český statistický úřad (2019). *Sociální síť*. <https://www.czso.cz/documents/10180/90577057/06200419k07.pdf/342e9572-24ee-4661-88b6-c86e63dbb7f4?version=1.1>

- Danneel, S., Geukens, F., Maes, M., Bastin, M., Bijttebier, P., Colpin, H., ... Goossens, L. (2020). Loneliness, Social Anxiety Symptoms, and Depressive Symptoms in Adolescence: Longitudinal Distinctiveness and Correlated Change. *Journal of Youth and Adolescence*, 49, 2246–2264. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01315-w>
- Demirci, K., Akgönül, M., & Akpınar, A. (2015). Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(2), 85-92. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.010>
- Demontis, D., Walters, R. K., Matrin, J., Mattheisen, M., Als, T. D., Agerbo, E., ... Neale, B. M. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature Genetics*, 51, 63-75. <https://doi.org/10.1038/s41588-018-0269-7>
- Demuthova, S., & Demuth, A. (2020). Self-Harm in Adolescence as Maladaptive Coping. *BRAIN*, 11(2), 37-47. <https://doi.org/10.18662/brain/11.2Sup1/92>
- Demuthova, S., Václavíková, I., Selecká, L., & Blatný, M. (2020). The Problem of Self-Disclosure of Self-Harming Behaviour in Adolescence. *Postmodern Openings*. 11(4), 1-19. <https://doi.org/10.18662/po/11.4/220>
- Dudová, I., & Hrdlička, M. (2003). Hyperkinetické poruchy v dětství. *Postgraduální medicína*, 7, 721-726.
- Dufour, M., Brunelle, N., Tremblay, J., Leclerc, D., Cousineau, M., Khazaal, Y., ... Berbiche, D. (2016). Gender Difference in Internet Use and Internet Problems among Quebec High School Students. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(10), 663–668. <https://doi.org/10.1177/0706743716640755>
- Drtilková, I., Šerý, O., Uhrová, A., Theiner, P., Žáčková, M., & Balaščíková, B. (2007). *Hyperkinetická porucha ADHD*. Praha: Galén.
- Entertainment Software Association (2020). *Essential facts about the computer and video game industry*. <https://www.theesa.com/wp-content/uploads/2019/05/2019-Essential-Facts-About-the-Computer-and-Video-Game-Industry.pdf>
- Favazza, A.R. (1996) *Bodies under Siege: Self Mutilation and Body modification in culture and psychiatry*. John Hopkins University Press: Baltimore.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.

- Festl, R., Scharkow, M., & Quandt, T. (2013). Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults. *Addiction, 108*(3), 592–599. <https://doi.org/10.1111/add.12016>
- Fischer, S., & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie*. Praha: Grada.
- Garmy, P., Nyberg, P., & Jakobsson, U. (2012). Sleep and Television and Computer Habits of Swedish School-Age Children. *The Journal of School Nursing, 28*(6). <https://doi.org/10.1177/1059840512444133>
- Gentile, D. A., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D., & Khoo, A. (2011). Pathological Video Game Use Among Youths: A Two-Year Longitudinal Study. *PEDIATRICS, 127*(2), 319–329. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1353>
- Gilbert, P. (2017). *Depression: The evolution of powerlessness, Classic edition*. Routledge
- Ginsberg, Y., Beusterien, K. M., Amos, K., Jousselin, C., & Asherson, P. (2014). The unmet needs of all adults with ADHD are not the same: A focus on Europe. *Expert Review Of Neurotherapeutics, 14*(7), 799-812. <https://doi.org/10.4088/pcc.13r01600>
- Gollust, S.,E., Eisenberg, D., & Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American College Health, 56*, 491–498. <https://doi.org/10.3200/JACH.56.5.491-498>
- González-Bueso, V., Santamaría, J., Fernández, D., Merino, L., Montero, E., & Ribas, J. (2018). Association between Internet Gaming Disorder or Pathological Video-Game Use and Comorbid Psychopathology: A Comprehensive Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(4), 668. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040668>
- Granic, I., Lobel, A., & Engels, R. (2014). The benefits of playing video games. *American Psychologist, 69*(1), 66–78. <https://doi.org/10.1037/a0034857>
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to Behavioral Addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36*(5), 233–241. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491884>

- Gregory, A. M., Agnew-Blais, J. C., Matthews, T., Moffitt T. E., & Arseneault, L. (2017). ADHD and Sleep Quality: Longitudinal Analyses From Childhood to Early Adulthood in a Twin Cohort. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(2), 284-294. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1183499>
- Griffiths, M. (1996). Nicotine, tobacco and addiction. *Nature*, 384(6604), 18-18. <https://doi.org/10.1038/384018a0>
- Griffiths, M. D. (2005). A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Hankin, B. L., Young, J. F., Abela, J. R. Z., Smolen, A., Jenness, J. L., Gulley, L. D., ... Oppenheimer, C. W. (2015). Depression from childhood into late adolescence: Influence of gender, development, genetic susceptibility, and peer stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(4), 803–816. <https://doi.org/10.1037/abn0000089>
- Hauck, T. S., Lau, C., Wing, L. L. F., Kurdyak, P., & Tu, K. (2017). ADHD Treatment in Primary Care: Demographic Factors, Medication Trends, and Treatment Predictors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(6), 393–402. <https://doi.org/10.1177/0706743716689055>
- Hartl, P. (1993). *Psychologický slovník*. Praha: Budka.
- Hillard, J., Parisi, T., & Bhatt, A. (2023). *Social Media Addiction*. Addiction Center. <https://www.addictioncenter.com/drugs/social-media-addiction/>
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, E., Malá, E., Popper, L., Krejčířová, D., Koutek., J., & Nešpor, K. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum.
- Huang, C. (2022). Social media addiction and personality: A meta-analysis. *Asian Journal of Social Psychology*, 25(4), 747-761. <https://doi.org/10.1111/ajsp.12531>
- Charlton, J. P. & Danfort, I. D. (2010). Validating the distinction between computer adiction and engagement: online game playing and personality. *Behaviour a Information Technology*, 29(6), 601-613. <https://doi.org/10.1080/01449290903401978>

- Charvát, M., & Nevoralová, M. (2012). Faktory rizikové a protektivní. In M. Miovský (Ed.), *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Toga
- Chen, M.-H., Pan, T.-L., Hsu, J.-W., Huang, K.-L., Su, T.-P., Li, C.-T., ... Bai, Y.-M. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder comorbidity and antidepressant resistance among patients with major depression: a nationwide longitudinal study. *European Neuropsychopharmacology*, *26*(11), 1760–1767. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2016.09.369>
- Choi, T. R., & Sung, Y. (2018). Instagram versus Snapchat: Self-expression and privacy concern on social media. *Telematics and Informatics*, *35*(8), 2289-2298. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2018.09.009>
- Chou, C., Condrón, L., & Belland, J. C. (2005). A Review of the Research on Internet Addiction. *Educational Psychology Review*, *17*(4), 363–388. <https://doi.org/10.1007/s10648-005-8138-1>
- Chou, H.L., Liu, Y.L. & Chou, C. (2019), “Privacy behavior profiles of underage Facebook users”, *Computers and Education*, *128*, 473-485, <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2018.08.019>
- Chronis-Tuscano A., Molina B. S., Pelham W. E., Applegate B., Dahlke A., Overmyer M. A., & Lahey, B. B. (2010). Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, *67*(10), 1044-1051. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.127>
- Karim, R., & Chaudhri, P. (2012). Behavioral Addictions: An Overview. *Journal of Psychoactive Drugs*, *44*(1), 5–17. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.662859>
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, *49*, 1002–1014. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01129-5](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01129-5)
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, *34*, 119-138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth031912-114409>

- Király, O., Griffiths, M. D., Urbán, R., Farkas, J., Kökönyei, G., Elekes, Z., ... Demetrovics, Z. (2014). Problematic Internet Use and Problematic Online Gaming Are Not the Same: Findings from a Large Nationally Representative Adolescent Sample. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(12), 749–754. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0475>
- Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J., Lewis, S. P., & Walsh, B. (2011). *Nonsuicidal self-injury*. Cambridge, MA: Hogrefe.
- Kohout, R., & Kachrňák, R. (2016). *Bezpečnost v online prostředí*. Karlovy Vary: Biblio Karlovy Vary
- Koutek, J., & Kocourková, J. (2003). *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- Kriegelová, M. (2008). *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada.
- Krystal, A. D. (2012). Psychiatric Disorders and Sleep. *Neurologic Clinics*, 30(4), 1389–1413. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2012.08.018>
- Křivohlavý, J. (2013). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada.
- Kuss, D. (2013). Internet gaming addiction: current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 2013(6), 125-137. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S39476>
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Online gaming addiction in children and adolescents: A review of empirical research. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(1), 3–22. <https://doi.org/10.1556/jba.1.2012.1.1>
- Lai, C. M., Mak, K. K., Watanabe, H., Jeong, J., Kim, D., Bahar, N., ... Cheng, C. (2015). The mediating role of Internet addiction in depression, social anxiety, and psychosocial well-being among adolescents in six Asian countries: a structural equation modelling approach. *Public Health*, 129(9), 1224–1236. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.07.031>
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2018). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Larson, R. W., & Brown, J. R. (2007). Emotional development in adolescence: What can be learned from a high school theater program? *Child Development*, 78(4), 1083–1099. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01054.x>

- Larson, R., & Ham, M. (1993). Stress and “storm and stress” in early adolescence: The relationship of negative events with dysphoric affect. *Developmental Psychology*, 29(1), 130–140. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.29.1.130>
- Látalová, K., Kamarádová, D., & Praško, J. (2014). Perspectives on perceived stigma and selfstigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1399-1405. <https://doi.org/10.2147/NDT.S54081>
- Lečbych, M. (2015). Nejčastější formy sebepoškozování v klinické praxi. *Ordinace klinické psychologie a psychoterapie*.
<http://psychologie.lecbych.cz/index.php/2015/09/18/nejcastejsi-formy-sebeposkozovani-v-klinicke-praxi/>
- Leung, B. M. Y., Kellett, P., Youngson, E., Hathaway, J., & Santana, M. (2019). Trends in psychiatric disorders prevalence and prescription patterns of children in Alberta, Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54, 1565–1574. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01714-w>
- Lobo, D. S. S., & Kennedy, J. L. (2006). The Genetics of Gambling and Behavioral Addictions. *CNS Spectrums*, 11(12), 931–939. <https://doi.org/10.1017/S1092852900015121>
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portal.
- Malá, E. (2009). Sebeпошкоzování – závažný symptom a nebezpečný společenský jev. *Praktický lékař*, 89(9), 494–498.
- Marks I. (1990). Behavioral (non-chemical) Addictions. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1389–1394. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01618.x>
- Masi, L., Abadie, P., Herba, C., Emond, M., Gingras, M. P., & Amor, L. B. (2021). Video Games in ADHD and Non-ADHD Children: Modalities of Use and Association With ADHD Symptoms. *Frontiers in Pediatrics*, 9, <https://doi.org/10.3389/fped.2021.632272>
- Mathews, C. L., Morrell, H. E. R., & Molle, J. E. (2018). Video game addiction, ADHD symptomatology, and video game reinforcement. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 45, 1–10. <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1472269>

- Meinzer, M. C., Pettit, J. W., & Viswesvaran, C. (2014). The co-occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder and unipolar depression in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *34*(8), 595–607. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.002>
- Mentzoni, R. A., Brunborg, G. S., Molde, H., Myrseth, H., Skouverøe, K. J., Hetland, J., Pallesen, S. (2011). Problematic video game use: estimated prevalence and associations with mental and physical health. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *14*(10), 591–596. <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0260>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España (2017). Serie Informes Monográficos #1—SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
- Národní zdravotnický informační portál. (n.d.). *Deprese: formy a průběh*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
<https://www.nzip.cz/clanek/682-deprese-formy-a-prubeh> (<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/depression/verlauf.html>)
- Neumann, D. (2020). Fear of Missing Out. *The International Encyclopedia of Media Psychology*. 1–9. <https://doi.org/10.1002/9781119011071.iemp0185>
- Nielsen Sobotková, V., Blatný, M., Hrdlička, M., & Jelínek, M. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada.
- Nock, M. K., Joiner, E. E., Jr., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, *144*, 65–72.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Oddo, L. E., Felton, J. W., Meinzer, M. C., Mazursky-Horowitz, H., Lejuez, C. W., & Chronis-Tuscano, A. (2019). Trajectories of Depressive Symptoms in Adolescence: The Interplay of Maternal Emotion Regulation Difficulties and Youth ADHD Symptomatology. *Journal of Attention Disorders*, *25*(7), 954–964. <https://doi.org/10.1177/1087054719864660>

- Oddo, L. E., Knouse, L. E., Surman, C. B. H., & Safren, S. A. (2016). Investigating Resilience to Depression in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22(5), 497–505. <https://doi.org/10.1177/1087054716636937>
- Odelius, C. B., & Ramklint, M. (2014). Clinical utility of proposed non-suicidal self-injury diagnosis-A pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68, 66–71. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.775340>
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D. C., & Schatzberg, A. (2016). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 2(1), 1-20. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
- Paclt, I., a et al. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada.
- Patchin, J.W., & Hinduja S. (2017). Digital self-harm among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61 (6), 761-766. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.012>
- Paulus, F. W., Ohmann, S., von Gontard, & A., Popow, Ch. (2018). Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60(7), 645–59. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13754>
- Pavliček, A. (2010). *Nová média a sociální síť*. Praha: Oeconomica.
- Pavlovici, B. (2021). A firefighter saving virtual addictions. *BRAIN*. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 12(2), 358–363. <https://doi.org/10.18662/brain/12.2/213>
- Pea, R., Nass, C., Meheula, L., Rance, M., Kumar, A., Bamford, H., ... Zhou, M. (2012). Media use, face-to-face communication, media multitasking, and social well-being among 8- to 12-year-old girls. *Developmental Psychology*, 48(2), 327–336. <https://doi.org/10.1037/a0027030>
- Peterková, M. (2016). *Kurz dobré nálady: lépe zvládejte emoční propady a výkyvy*. Praha: Portál.
- Platznerová, A. (2009). *Sebepoškozování*. Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén.
- Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Academia.

- Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2015). Measuring DSM-5 internet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Computers in Human Behavior, 45*, 137–143. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.chb.2014.12.006>
- Pospíšil, J., & Závodná, L. (2012). *Jak na reklamu*. Kralice na Hané: Computer Media
- Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2012). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén.
- Příhoda, V. (1967) *Ontogeneze lidské psychiky I*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Příhodová, I. (2011). Porucha pozornosti s hyperaktivitou (attention deficit/hyperactivity disorder – ADHD), *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 74/107(4)*, 408-418.
- Ptáček, R., & Ptáčková, H. (2018). *ADHD variabilita v dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Raboch, J., Zvorský, P., et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Radulescu, I. D., Ciubara, A. B., Moraru, C., Burlea, S. L., & Ciubară, A. (2020). Evaluating the Impact of Dissociation in Psychiatric Disorders. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 11(3Sup1)*, 163–174. <https://doi.org/10.18662/brain/11.3Sup1/132>
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W.,... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association, 18(1)*, 3–19. <https://doi.org/10.1002/wps.20611>
- Rice, F., Riglin, L., Thapar, A. K., Heron, J., Anney, R., O'Donovan, M. C., & Thapar, A. (2018). Characterizing Developmental Trajectories and the Role of Neuropsychiatric Genetic Risk Variants in Early-Onset Depression. *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3338>
- Ritchie, H., & Roser, M. (2018). Mental health. *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/mental-health>

- Robinson, A., Bonnette, A., Howard, K., Ceballos, N., Dailey, S., Lu, Y., & Grimes, T. (2019). Social comparisons, social media addiction, and social interaction: An examination of specific social media behaviors related to major depressive disorder in a millennial population. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 24(1), e12158. <https://doi.org/10.1111/jabr.12158>
- Rychik, N., Fassett- Carman, A., & Snyder, H. R. (2020). Dependent Stress Mediates the Relation Between ADHD Symptoms and Depression. *Journal of Attention Disorders*. 25(12), 1676-1686. <https://doi.org/10.1177/1087054720925900>
- Říčan, P. (1990). Cesta životem. Panorama.
- Sandu, A., & Nistor, P. (2020). Digital dementia. *Eastern-European Journal of Medical Humanities and Bioethics*, 4(1), 1–10. <https://doi.org/10.18662/eejmhb/4.1/22>
- Sim, I. (2019). Mobile Devices and Health. *New England Journal of Medicine*, 381(10), 956–968. <https://doi.org/10.1056/nejmra1806949>
- Suchá, J., Dolejš, M. & Pipová, H. 2019. Hraní digitálních her u českých adolescentů. *Zaostřeno*. 5(4), 1–16. https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33090/861/Zaostreno_2019-04_Hrani%20digitalnich%20her%20u%20adolescentu.pdf
- Sutton, J. (1999). *Healing the Hurt Within: Understand and Relieve the Suffering Behind Self-Destructive Behaviour*. Oxford: How to Books
- Sutton, J. (2005). *Healing the Hurt Within: Understand Self-Injury and Self-Harm, and Heal the Emotional Wounds*. Oxford: How to Books.
- Soper, W. B. & Miller, M. J. (1983). Junk-time junkies: an emerging addiction among students. *Sch Couns. School counselor*, 31(1), 40–43.
- Světová zdravotnická organizace. (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Šmahel, D., Helsper, E., Green, L., Kalmus, V., Blinka, L., & Ólafsson, K. (2012). *Excessive Internet Use among European Children*. EU Kids Online. <http://www.eukidsonline.net/>

- Tamm, G., Kreegipuu, K., & Harro, J. (2020). Updating facial emotional expressions in working memory: Differentiating trait anxiety and depressiveness. *Acta Psychologica*, 209, Article 103117. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2020.103117>
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portal.
- Townsend, E., Ness, J., Waters, K., Rehman, M., Kapur, N., Clements, C., ... & Hawton, K. (2022). Life problems in children and adolescents who self-harm: Findings from the multicentre study of self-harm in England. *Child and Adolescent Mental Health*, 27, 352–360. <https://doi.org/10.1111/camh.12544>
- Uttal, D. H., Meadow, N. G., Tipton, E., Hand, L. L., Alden, A. R., Warren, C., & Newcombe, N. S. (2013). The malleability of spatial skills: A meta-analysis of training studies. *Psychological Bulletin*, 139(2), 352–402. <https://doi.org/10.1037/a0028446>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2021). *Psychiatrická péče 2019: Zdravotnická statistika*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Vacek, J., & Vondráčková, P. (2014). Behaviorální závislost: klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110 (3), 144-150. http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_3_144_150.pdf
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Váchová, P. E., Racková, S., & Janů, L. (2009). Neuromechanismy účinku návykových látek, systém odměn. *Česká a slovenská psychiatrie*, 105 (6-8), 263-268. http://www.cspychiatr.eu/dwnld/CSP_2009_6_263_268.pdf
- Van Rooij, A. J., Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Shorter, G. W., Schoenmakers, M. T., & Van de Mheen, D. (2014). The (co-)occurrence of problematic video gaming, substance use, and psychosocial problems in adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(3), 157–165. <https://dx.doi.org/10.1556%2FJBA.3.2014.013>
- Vasiliadis, H.-M., Diallo, F. B., Rochette, L., Smith, M., Langille, D., Lin, E., ... Lesage, A. (2017). Temporal Trends in the Prevalence and Incidence of Diagnosed ADHD in Children and Young Adults between 1999 and 2012 in Canada: A Data Linkage Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(12), 818–826.

<https://doi.org/10.1177/0706743717714468>

- Vokurka, M., Hugo, J., Broulík, P., Brůnková, B., Černý, M., Doležal, T.,... Živný, J. (2005). *Velký lékařský slovník*. Praha: MAXDORF s. r. o.
- Wahlstrom, D., Collins, P., White, T., & Luciana, M. (2010). Developmental changes in dopamine neurotransmission in adolescence: Behavioral implications and issues in assessment. *Brain and Cognition*, 72(1), 146.
<https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.10.013>
- Weinstein, A., Curtiss Feder, L., Rosenberg, K. P., & Dannon, P. (2014). Internet Addiction Disorder: Overview and Controversies. *Behavioral Addictions*, 99–117. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-407724-9.00005-7>
- Wieland, D. M. (2005). Computer Addiction: Implications for Nursing Psychotherapy Practice. *Perspectives In Psychiatric Care*, 41(4), 153–161. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2005.00038.x>
- Woods, H. C., & Scott, H. (2016). #Sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. *Journal of Adolescence*, 51, 41-49. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.008>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11. vydání). <https://icd.who.int/>
- World Health Organization (n.d.) *Adolescent health*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1 ?
- World Health Organization. (2021). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Wölfling, K., & Müller, K. W. (2009). *Computerspielsucht*. In D. Batthyány & A. Pritz (Eds.), *Rausch ohne Drogen. Substanzgebundene Süchte*. New York: Springer.
- Young, K. S. (2004). Internet Addiction. *American Behavioral Scientist*, 48(4), 402–415. <https://doi.org/10.1177/0002764204270278>
- Young, K., Pistner, M., O'Mara, J., & Buchanan, J. (1999). Cyber Disorders: The Mental Health Concern for the New Millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 2(5), 475–479. <https://doi.org/10.1089/cpb.1999.2.475>

Žáčková, H., & Jucovičová, D. (2017). *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: záporny i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Rozdíly v používání internetu v České republice	22
Tabulka 2 Klinická populace	36
Tabulka 3 Obecná populace.....	37
Tabulka 4 Klinická populace – sebepoškozování.....	42
Tabulka 5 Klinická populace – IGD	43
Tabulka 6 Klinická populace – BSMAS.....	43
Tabulka 7 Porovnání klinické populace chlapců s obecnou populací v míře symptomů závislosti na digitálních hrách IGD.....	43
Tabulka 8 Porovnání klinické populace dívek s obecnou populací v míře symptomů závislosti na digitálních hrách IGD.....	44
Tabulka 9 Porovnání klinické populace chlapců s obecnou populací v míře symptomů závislosti na sociálních sítích BSMAS	44
Tabulka 10 Porovnání klinické populace dívek s obecnou populací v míře symptomů závislosti na sociálních sítích BSMAS	44
Tabulka 11 Porovnání klinické populace chlapců s obecnou populací v míře sebepoškozování	45
Tabulka 12 Porovnání klinické populace dívek s obecnou populací v míře sebepoškozování	45

PŘÍLOHY

Příloha 1: Abstrakt bakalářské práce v českém jazyce

Příloha 2: Abstrakt bakalářské práce v anglickém jazyce

Příloha 3: Krabicový graf – sebepoškozování v rámci klinické populace

Příloha 4: Krabicový graf – IGD v rámci klinické populace

Příloha 5: Krabicový graf – Sebepoškozování dívky – klinická vs. obecná populace

Příloha 1: Abstrakt bakalářské práce

Název práce: Online rizikové chování a vybrané charakteristiky u klinické populace adolescentů

Autor: Michaela Vadlejchová

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Suchá Ph.D.

Název katedry: Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Počet stran a počet znaků: 69 stran, 90 956 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 147

Abstrakt:

Tato práce se zabývá porovnáním klinické populace, kterou tvořili jedinci v péči dětského psychiatra s diagnózou poruchy pozornosti s hyperaktivitou, poruchou přizpůsobení, a obecné populace. Konkrétně jsme se zaměřili na závislost na digitálních hrách, závislost na sociálních sítích a míru sebepoškození. Výzkumný vzorek tvoří adolescenti ve věkovém rozmezí 11–15 let, konkrétně 43 respondentů z klinické populace a 1281 respondentů z populace obecné. Data byla získána pomocí dotazníkového šetření a vyhodnocena pomocí Mann-Whitneyova U testu. Byl nalezen vysoce signifikantní rozdíl v míře sebepoškození mezi dívkami z klinické a dívkami z obecné populace, přičemž vyšší míru sebepoškození vykazovali dívky s poruchou přizpůsobení z klinické populace. Stejně tak byl v míře sebepoškození nalezen statisticky významný rozdíl v rámci klinické populace, opět se více sebepoškozovali dívky. Posledním statisticky významným nalezeným rozdílem byla míra symptomů závislosti na digitálních hrách, ve kterých více skórovali chlapci s ADHD oproti dívkám s poruchou přizpůsobení.

Klíčová slova: adolescence, porucha pozornosti s hyperaktivitou, porucha přizpůsobení, deprese, sebepoškození, nelátková závislost, závislost na digitálních hrách, závislost na sociálních sítích

Příloha 2: Abstract of bachelor thesis

Title: Risky online behaviour and selected characteristics in the clinical population of adolescents

Author: Michaela Vadlejchová

Supervisor: Mgr. Jaroslava Suchá, Ph.D.

Number of pages and characters: 69 pages, 90 956 characters

Number of appendices: 5

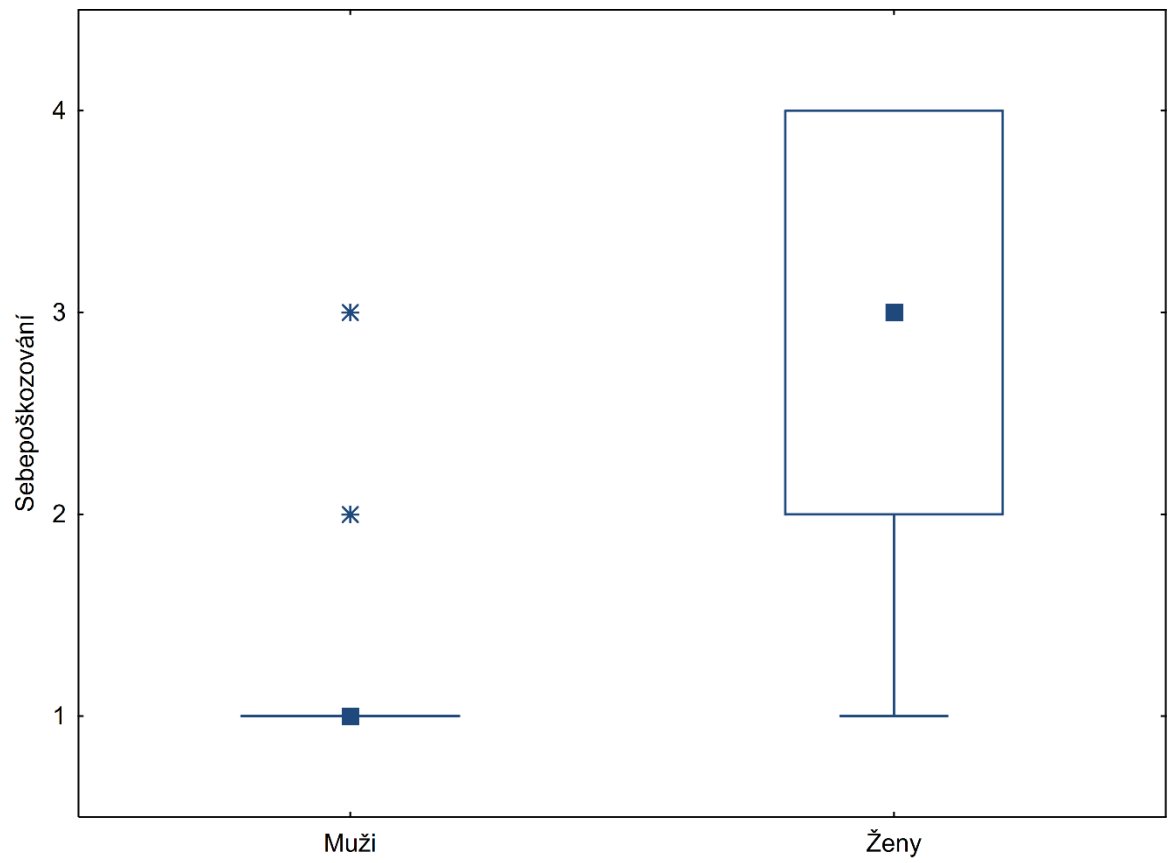
Number of references: 147

Abstract:

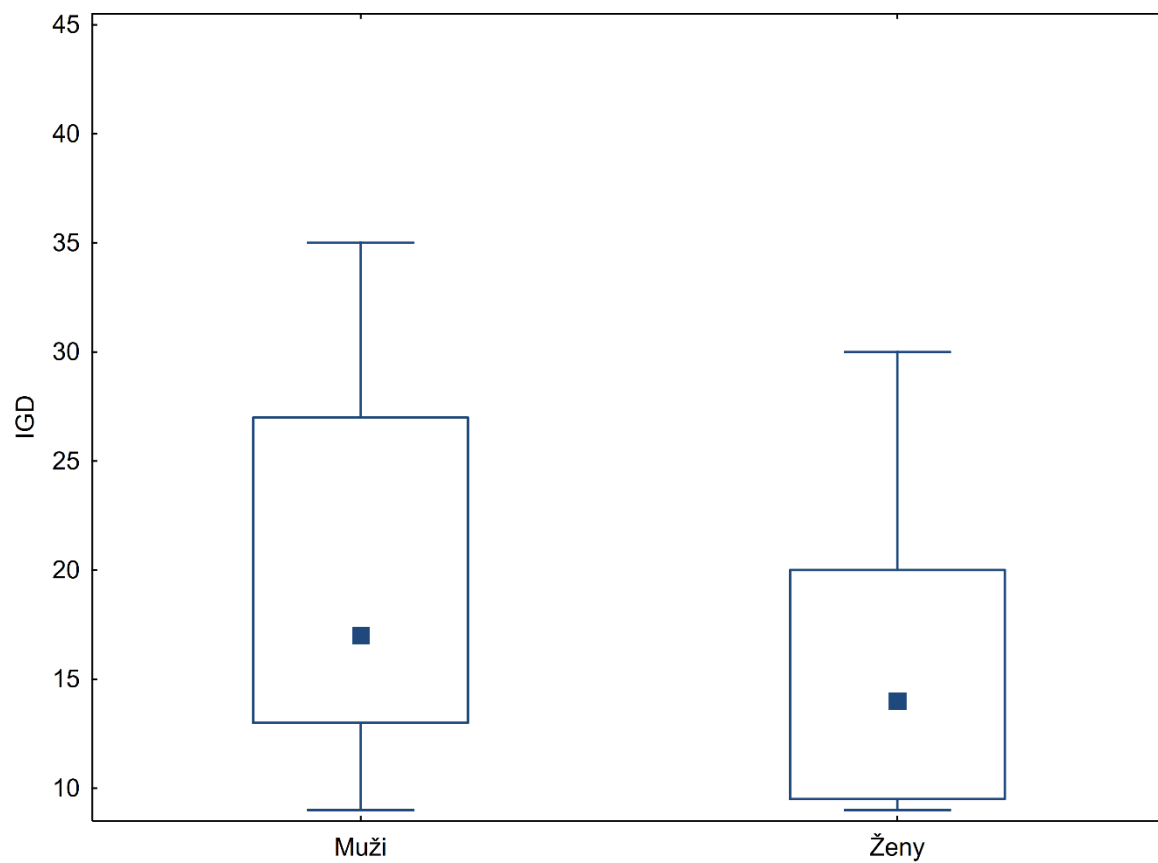
This thesis focuses on the comparison of the clinical population, which consisted of individuals under the care of a child psychiatrist diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder, adjustment disorder, and the general population. Specifically, we focused on digital game addiction, social media addiction, and self-harm. The research sample consists of adolescents, aged 11–15 years, concretely 43 respondents from the clinical population and 1281 respondents from the general population. Data were obtained using a questionnaire survey and evaluated using the Mann-Whitney U test. A highly significant difference in self-harm rates was found between clinical and general population girls, with adjustment disordered clinical girls showing higher rates of self-harm. Likewise, a statistically significant difference was found in the rate of self-harm within the clinical population, again girls self-harmed more. The last statistically significant difference found was the measure of digital game addiction symptoms, in which boys with ADHD scored higher than girls with adjustment disorder.

Key words: adolescence, attention deficit hyperactivity disorder, adjustment disorder, depression, self-harm, non-substance addiction, gaming addiction, social media addiction

Příloha 3: Sebepoškozování v rámci klinické populace



Příloha 4: IGD v rámci klinické populace



Poznámka: IGD = symptomy závislosti na digitálních hrách

Příloha 5: Sebepoškozování dívky – klinická vs. obecná populace

