

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013–2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Irena Divišová

**Sebepoškozující chování dětí a mladistvých
v institucionální výchově**

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Zbyněk Němec, Ph.D

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2013-2015

DIPLOMA THESIS

Irena Divišová

**The self-harm behavior of the children and adolescents
in the institutional care**

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Zbyněk Němec, Ph.D

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 24. 5. 2015

Irena Divišová

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Zbyňku Němcovi, Ph.D. za podnětná doporučení a trpělivost. Nemohu opomenout ani děti v dětských domovech a dětských domovech se školou v jihočeském regionu, bez jejichž ochoty, spolupráce a upřímných výpovědí by tato práce nemohla vzniknout.

Anotace

Diplomová práce se ve své teoretické části zabývá fenoménem sebepoškozování, zvláště ve věkové kategorii dětí a dospívajících (adolescentů), historií, etiologií, motivy, a také možnostmi terapie a prevence. Praktická část je zaměřena na výskyt sebepoškozování u dětí a mladistvých, aktuálně žijících v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v jihočeském regionu, četnosti, forem a motivů jejich sebepoškozujícího chování. Výstupem jsou praktická doporučení pro personál těchto zařízení v rámci intervence.

Klíčová slova

adolescence, agrese, autoagrese, puberta, sebepoškozování, ústavní výchova

Annotation

In the theoretical part the thesis deals with the phenomenon of self-harm, especially in children and adolescents, its history, etiology, motives, the ways of therapy and prevention. Practical part is focused on the occurrence of self-harm in children and adolescents currently placed in institutional care in South Bohemian region, the frequency, forms and motives of their self – harm behaviour. The outcomes are practical recommendations for the institution personnel in the area of intervention.

Keywords

adolescence, aggression, institutional care, puberty, self-aggression, self-harm

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY	11
1.1 Přiblížení jevu sebepoškozování	12
1.2 Definice pojmu sebepoškozování	15
1.3 Odborná terminologie	17
1.4 Historie sebepoškozování	19
2 ETIOLOGIE	22
2.1 Úvodní analýza příčin sebepoškozování	22
2.2 Metody a formy sebepoškozování.....	23
3 OBECNÝ POPIS SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	28
3.1 Výskyt.....	28
3.2 Průběh	28
3.3 Motivy.....	29
4 INTERVENCE A TERAPIE.....	32
5 PREVENCE	33
6 VÝVOJOVÉ CHARAKTERISTIKY DOSPÍVÁNÍ	34
6.1 Pubescence	34
6.1.1 Tělesný vývoj.....	35
6.1.2 Pohybový vývoj	35
6.1.3 Poznávací procesy	36
6.1.4 Citový vývoj	37
6.1.5 Sociální vztahy.....	38
6.2 Adolescence	39
6.2.1 Tělesný vývoj.....	40
6.2.2 Smyslový a rozumový vývoj	41
6.2.3 Sociální vztahy.....	41
6.2.4 Erotické a sexuální vztahy	43
6.3 Sebeпошкоzování v období dospívání	44
6.4 Agrese a autoagrese	45
PRAKTICKÁ ČÁST	47
7 VÝZKUM.....	47

7.1	Sít následných zařízení v působnosti DDÚ Homole	48
7.2	Cíl výzkumu	51
7.2.1	Výzkumné otázky	52
7.2.2	Formulace hypotéz.....	52
7.2.3	Výzkumný design	53
7.3	Zkoumané osoby a postup při sběru dat	53
7.4	Nástroje šetření	56
8	POPIS VÝSLEDKŮ	57
8.1	Výskyt zkušenosti se sebepoškozováním.....	57
8.1.1	Věk první zkušenosti se sebepoškozováním	61
8.2	Nejčastější techniky	61
8.3	Genderové rozdíly.....	61
9	SHRnutí VÝSLEDKŮ A OVĚŘENÍ HYPOTÉZ	64
	ZÁVĚR	67
	SEZNAM POUŽITÝCH STUDIJNÍCH ZDROJŮ	68
	SEZNAM ZKRATEK	73
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	74
	SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

K současným závažným problémům puberty a adolescence patří bezesporu rizikové chování – užívání návykových látek, agrese, kriminalita, předčasná sexuální aktivita a také záměrné sebepoškozování, které je v tomto vývojovém stupni stále častějším jevem.

Sebepoškozování bylo u nás dřív spíše spojováno s jedinci s psychiatrickou indikací, vědělo se o něm ve věznicích nebo institucích pro mentálně postižené. V běžné populaci jakoby tento problém ani neexistoval, přestože v zahraničí od 70. let probíhaly na toto téma odborné diskuse a bylo zpracováno několik odborných studií. V době, kdy jsem se o problematiku sebepoškozování začala zajímat, byly k dispozici jen zahraniční zdroje, kusé informace na internetu a dvě dostupné publikace v češtině.

Aktuálně je situace jiná. V majoritní společnosti, plošně orientované na zdravý životní styl, může být – a také často bývá - za sebepoškozování považováno užívání návykových látek - nikotinu, alkoholu a drog, ale i značné rozšíření piercingu a tetování. Naprosto jiný základ má sebepoškozování v období dospívání – škrábání, řezání, ale také a pálení, kousání, bití a narážení hlavou do tvrdých předmětů, polykání předmětů nebo škodlivých látek - představuje způsob, jakým se mladý člověk vypořádává s masivním emocionálním vypětím. Pro tento způsob ventilování emocí jsou přísně individuální důvody – od zvládnání stresů, překonávání náročných životních situací, vyjádření myšlenek a pocitů jako obtížně sdělitelných emocí (smutek, vztek, osamělost, pocit viny, nenávist vůči sobě).

Lze spatřit jistou podobnost s drogovou závislostí v motivech, kterými jsou zvláště „řešení“ nepříjemných situací. V literatuře se obecně uvádí, že sebepoškozování začíná běžně ve věku kolem 7 let, ale i dříve. Četnější výskyt se objevuje mezi 10. a 16. rokem života. K rizikovým skupinám patří ženy, adolescenti, osoby s duševními poruchami a osoby pohlavně či sexuálně zneužívané, týrané. Častěji se sebepoškozují dívky, podle některých studií v poměru 1:3.

Můj zájem o problematiku záměrného sebepoškozování vznikl na podkladě profesionálních zkušeností z více než třicetileté pedagogické praxe v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, resp. dětského diagnostického ústavu. V 80. a 90. letech bylo možné setkat se u klientů s účelovým sebepoškozováním, např. jako formou iniciačního obřadu či vyjádření příslušnosti k určitým sociálním skupinám; dokazovala se jím loajalita, statečnost, sounáležitost se skupinou (pálení cigaretou, řezné rány, vytetované křížky nebo jiné znaky na hřbetech rukou a prstech). Dalším motivem k sebepoškozování byla iracionální snaha odvrátit problém či vyhnout se mu (sebezraňování po rozhodnutí soudu o umístění do zařízení s úmyslem odložit ho, hospitalizace s lepší perspektivou útěku). Nutno podotknout, že se jednalo o spíše ojedinělé případy u jedinců se sociální patologií a antisociálními poruchami chování.

V současné době je sebepoškozování tak časté, že se stalo v praxi pedagogů v institucionální výchově denní rutinou. Subjektivně lze na základě poznatků z praxe konstatovat zvyšování četnosti, snižování věkové hranice pro první zkušenosti, rozšíření škály motivů a zdokonalující se praktiky. V osobních výpovědích klientů se také často v problematice sebepoškozování objevuje motiv nápodoby či „sociální nákazy“, kdy se dospívající sebepoškozují skupinově a motivem je touha také to zkusit, přičemž časem se z ojedinělých epizod může vyvinout návyk jako standardní způsob řešení nepříznivých, nepříjemných či stressových situací.

Podrobnější prozkoumání fenoménu sebepoškozování v institucionální výchově je prvotním impulzem pro zpracování tématu této diplomové práce. Ve výzkumu je akcentováno především rozšíření sebepoškozování mezi klienty v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v jihočeském regionu, genderové rozdíly, metody a formy sebepoškozujícího chování a potvrzení či vyvrácení předpokladu snižování věkové hranice pro první zkušenosti se sebepoškozováním. Pokusili jsme se i o odhalení souvislostí mezi sebepoškozujícím chováním a agresivitou, a také mezi sebepoškozováním a psychiatrickou indikací u klientů, to vše v prostředí institucionální výchovy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

Sebepoškozování je bezesporu projevem rizikového chování v období puberty a zvláště adolescence. „*Za rizikové chování můžeme pokládat i takové chování, které ohrožuje život či zdraví nebo ztěžuje vyřešení obvyklých vývojových úkolů dospívání, jako je separace od rodičů, dosahování profesní kvalifikace, identifikace se sexuální rolí apod.*“ (Koutek, Kocourková, 2013, online, cit.2015-02-11)

Rizikové chování zahrnuje v širším smyslu tři hlavní oblasti – **užívání návykových látek, negativní jevy v oblasti psychosociální** (sociální nepřizpůsobivost) **a poruchy reprodukčního zdraví.** Je prokázáno, že tyto tři oblasti jsou u dospívajících ve vzájemné interakci a mají podobné nebo společné příčiny – společné rizikové i ochranné faktory. Rizikové chování bývá velmi často v rámci osobnostního vývoje mladého člověka účelové a v tomto smyslu vlastně funkční - pomáhá zvýšit sebevědomí, sebedůvěru, sebeuplatnění např. ve vrstevnické skupině. Přes tyto relativně pozitivní aspekty je pro jedince a jeho vývoj vysoce nebezpečné. Rizikovým chováním je, jak bylo napsáno výše, zneužívání návykových látek, sexuální promiskuita a nechráněný sex, nebezpečné fyzické aktivity – vyhledávání adrenalinových aktivit v oblasti sportu, řízení motorových vozidel, ale i sociálně neakceptovatelné chování jako vyhledávání rvaček. (Koutek, Kocourková 2013)

U **návykových látek** je trendem nadměrné užívání, snižování věkové hranice uživatelů a zvyšování konzumace u dívek. To se týká nikotinismu, alkoholismu i ilegálních drog.

Do oblasti **rizikového chování v oblasti psychosociální** patří především **poruchy chování, agresivita až kriminalita a delikvence,** ale i **sebepoškozování a sebevražedné chování.** „*V rozsáhlém výzkumu v posledních letech bylo prokázáno, že brutalita v České republice se stupňuje a agrese se posouvá do stále nižšího věku a do divčí populace*“. (Kabíček, 2008, online, cit.2014-12-18)

Podle Kabíčka (2008) je v oblasti poruch reprodukčního zdraví zase současným trendem velmi časný začátek aktivního sexuálního života, střídání partnerů a s tím spojený vyšší výskyt sexuálně přenosných infekcí a nechtěných těhotenství (populační skupina 15 – 24 let je celosvětově skupinou s nejvyšším výskytem pohlavních chorob). Ve skupině 15-19letých jsou více postiženy sexuálně přenosnými chorobami dívky pro jejich větší zranitelnost.

Ve věkové kategorii pubescentů a adolescentů je základní rozpor mezi fyzickou, psychickou a sociální zralostí. Tento rozpor v kombinaci s rizikovým chováním může vyústit v takovou životní situaci, kterou dospívající jedinec není schopen standardně zvládnout. Jako jeden z únikových mechanismů se stále častěji objevuje **záměrné sebepoškozování**.

1.1 Přiblížení jevu sebepoškozování

Světová zdravotnická organizace diferencuje násilí jako interpersonální (např. mezi rodičem a dítětem), **dále násilí namířené proti sobě samému (sebevražedné chování a záměrné sebepoškozování)** a násilí organizované. Vaničková (2014) k tomu v příručce pro rodiče o prevenci násilí uvádí, že transfer násilí se děje třemi cestami: řetězcem rodinného násilí, transgeneračním přenosem a impresí vzorů sociálního chování. U dítěte, které bylo vystavené násilí, lze rozpoznat v krátkodobém horizontu změny v chování, např. dítě je smutné, pláče, trápí se, pociťuje lítost nebo v něm naopak kontakt s násilím vyvolává hněv, vztek a zlobu – tyto indikátory jsou nespecifické a objevují se u dětí, které jsou vystaveny jakékoliv formě interpersonálního násilí. Mezi nespecifické indikátory násilí patří zvýšená úzkostnost a strach, obranné reakce, snížené sebehodnocení dítěte, neochota a rozladěnost, náhle zhoršený školní prospěch, záškoláctví, výbuchy hněvu, agresivní chování včetně **autoagrese**, obtíže v sociální komunikaci, depresivní symptomatologie.

Úmyslné sebepoškozování je považováno za nemoc, v Mezinárodní klasifikaci nemocí je tato diagnóza zařazena ve XX. kapitole **Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti** (MKN-10, XX. kapitola, V01-Y98), kdy jsou do podkapitoly **úmyslné**

sebepoškozování (X60 – X84) zařazeny otravy nebo poranění úmyslně sobě způsobené-á a sebevražda (pokus). (ÚZIS ČR, online)

Sebepoškozování je v MKN zmíněno též ve skupině **Nutkavé a impulzivní poruchy** (F 63), které jsou charakterizovány jako opakované činy bez jasné racionální motivace, jež nemohou být ovládnuty a obecně působí svým nositelům poškozování vlastních zájmů, přičemž je subjektivně spojeno s impulzy k činnosti. Do této skupiny patří patologické hráčství (patologický gambling), pyromanie (patologické zakládání požárů), kleptomanie (patologické kradení) trichotillomanie (patologické vytrhávání vlasů), a jiné nutkavé a impulzivní poruchy – jiné druhy trvale opakovaného maladaptivního chování, které nejsou sekundární k rozpoznanému psychiatrickému syndromu a kde se zdá, že osoba opakovaně selhává ve snaze odolat puzení se takto chovat. Je tu prodromální období napětí s pocitem uvolnění v době činu. (ÚZIS ČR, online).

„Poruchy této skupiny se vesměs mohou manifestovat již v adolescenci, a představují tak pedopsychiatrickou problematiku. Specifičtější místo v ní má zejména trichotillomanie a sebepoškozování (Hort et al., 2000, str. 339)

„Sebeubližování odvádí pozornost od emocionální bolesti (od smutku nebo pocitů viny), zmírňuje napětí a funguje jako prostředek, jak lidem kolem sebe (včetně rodičů) nepřímou sdělit, jak jsou zoufalí“. (Carr-Gregg, 2012, s. 114)

Sebepoškozování může být důležitým ukazatelem mentální poruchy, osobnostní patologie a rizika sebevraždy, ale mnohdy je zapříčiněno dočasným obdobím stresu, agrese a nepříjemných pocitů. S tímto fenoménem souvisí i „vzory“ ve vrstevnických skupinách, stavy po zneužívání drog, při depresi, úzkosti, impulzivitě a nízkém sebevědomí. (Hawton et al., 2002).

Hawtonova studie z prostředí britských škol a věkové skupiny patnácti až šestnáctiletých žáků shrnuje, že praktiky sebepoškozování se alespoň jednou objevily u 6,9 % z nich (11,2 % dívek a 3,2 % chlapců). Mezi užitými metodami bylo nejčtenější řezání (60%).

Sebepoškozování je typickým projevem i u jedinců s pervazivními vývojovými poruchami a dětskou schizofrenií.

U autistických jedinců je „*nápadným projevem zvýšená pohotovost k agresivnímu reagování. Relativně často se lze setkat i s autoagresivitou. Sebepoškozování je neprahovou autostimulační aktivitou, může dítěti poskytovat určitou úlevu a uvolnění v situaci silného napětí. Může být i projevem neschopnosti odlišit sebe sama od svého okolí, výrazem změny citlivosti k bolesti*“ (Vágnerová, 2012, s. 326)

Sebepoškozování patří podle Vágnerové (2012, s. 363) i ke klinickým projevům dětské schizofrenie. „*Schopnost sebekontroly je omezena, což se projevuje nesmyslnými impulzivními reakcemi, někdy i agresí a sebepoškozováním. Když dítě přestává rozumět tomu, co se děje, reaguje v situacích vyvolávajících bezradnost, či dokonce pocity ohrožení méně adekvátně. V chování se často objevují rituály a stereotypní aktivity, které lze chápat jako projevy potřeby zbavit se úzkosti a nejistoty*“.

Sebepoškozování je často jedním z projevů dalších psychiatrických diagnóz: **hraniční poruchy osobnosti, depresí, poruch příjmu potravy, úzkostné poruchy, posttraumatické stresové poruchy, obsedantně kompulzivní poruchy, bipolární afektivní poruchy.**

Nelze nezmínit ani fenomén sebepoškozování ve věznicích, který se týká nejen dospělých odsouzených, ale i mladistvých delikventů ve výkonu trestu odnětí svobody, zvláště v období adaptace na život ve vězení, resp. prionizace.

„*Sebepoškozování mívá celou řadu příčin: může sloužit jako prostředek k uvolnění tenze, upoutání pozornosti, jako patologický náhradní zdroj chybějící stimulace, někdy bývá signálem poruchy osobnosti, ale může být i radikálním pokusem, jak dosáhnout požadovaných úlev*“ (Vágnerová, 2012, s. 820).

Podle Hanuše (2005, s. 31) má sebepoškozování ve věznicích pouze pět důvodů:

- „*docílení převozu do nemocničního zařízení, které je z hlediska ostrahy vhodnějším prostředím pro plánovaný útěk*“
- *upoutání pozornosti, „volání o pomoc“*

- *převozem do nemocničního zařízení získání času pro obstarání určitých alibi (menší ostražka, volnější režim)*
- *touha po změně prostředí a situace, v níž se dlouhodobě nalézá*
- *přeložení na psychiatrii za účelem docílení zmírnění trestu příznivějším soudně-znaleckým posudkem“*

Podrobnější ucelenou analýzu sebepoškozujícího chování pro oblast ústavní a ochranné výchovy se nepodařilo nalézt.

1.2 Definice pojmu sebepoškozování

Sebepoškozování je obecně pojímáno jako záměrné a opakované ubližování si, sebezraňování ve snaze vypořádat se s akutními nepříjemnými duševními stavy. Je signálem vážného psychického problému, jenž postižený jedinec nedokáže zvládnout jiným způsobem.

Sebepoškozování má původ v sociokulturním prostředí. V minulosti bylo sebepoškozující chování považováno zároveň za chování suicidální; od tohoto paradigmatu se v posledních letech odborníci v oboru (Suyemoto, Favazza a další) odklonili. I když faktory vedoucí k záměrnému sebepoškozování mohou vést k chování suicidálnímu, není záměrem aktérů zemřít, ale snaha vyrovnat se s problémy a zůstat přitom naživu.

„Většina definic je postavena na popisu fyzického aktu a hodnocení intencionality. Pro správnou definici je rovněž nutné vymezení pojmu v rámci dalšího sebepoškozujícího chování. Záměrné sebepoškozování (in orig. „Deliberate Self-Haarm“, „Self-Harm“) je chápáno jako specifický typ sebepoškozujícího chování a je nutno jej odlišit od rizikového chování, suicidálního jednání a automutilace.“ (Sutton In: Kriegelová, 2008, s. 17)

V česky psané odborné literatuře lze pro sebepoškozování najít tyto charakteristiky:

Hort (et al., 2000, s.340) popisuje sebepoškozování jako „*vědomé a cílené, které není vázáno na psychózu nebo mentální retardaci. Má nejčastěji charakter lokalizované automutilace, ke které většinou dochází pořezáním (nožem, žiletkou, sklem) na zápěstí, ruce, ale i na dolních končetinách, vzácněji v obličeji, na prsou, bříše. Toto jednání může mít rituální složku, jeho spouštěčem bývá stresor působící z okolí. Poškození většinou nebývá vážné, u většiny těch, kdo se poškozují, však bývá anamnéza suicidálního jednání.*“

Psychologický slovník sebepoškozování (self-harm, self-injury) popisuje jako „*dobrovolné poškození vlastního těla bez sebevražedného úmyslu.*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 515)

Kocourková charakterizuje sebepoškozování jako: „*Chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity.*“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 73) a dále dodává, že nejčastější technikou jsou řezná poranění.

Krieglová se při značné terminologické nejednotnosti přiklání k jedné z posledních definic Armanda F. Favazzy, který označuje „*záměrné sebepoškozování jako přímou a záměrnou destrukci nebo poškození vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního záměru.*“ (2008, s.17)

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

Platznerová dále uvádí (2009, s. 16), že „*za patologické sebepoškození se obecně nepovažuje poranění, které je v dané kultuře tolerované a jehož primárním cílem je sexuální uspokojení, dekorace těla (v naší kultuře typicky piercing a tetováž), spirituální zážitek v rámci rituálních praktik či začlenění se do skupiny vrstevníků nebo demonstrace vlastní hodnoty mezi nimi (snaha být „cool“ a „in“).*“

„*Záměrné sebepoškozování je nejčastěji přítomno u jedinců bez jasné psychopatologie, u jedinců s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti a u jedinců s posttraumatickým stresovým syndromem. Vzhledem ke stále vyššímu procentu jedinců bez zjevné psychopatologie se začíná hovořit o **dysfunkční copingové strategii.** Jedinec*

se snaží zvládnout psychické napětí a nastolit emoční rovnováhu. Současně se mohou vyskytovat úzkosti a depresivní ladění.“ (Sutton In: Krieglová, 2008, s. 10)

Copingová strategie je podle slovníku cizích slov „strategie zvládání stresu (reakce, jíž se stresovaný člověk snaží snížit úroveň nežádoucí zátěže: např. modifikací pozornosti, vytěsněním, popřením stresové situace a relaxací, racionalizací a redefinováním stresové situace, reaktivní formací, projekcí, intelektualizací, sublimací, katarzí, získáním sociální podpory, přímou obrannou reakcí).“ (Slovník cizích slov, online, cit. 2014-11-10)

1.3 Odborná terminologie

Jak vyplývá z předchozího textu, záměrné sebepoškozování je definováno různými způsoby a stejně tak terminologie je nejednotná. Pro sebepoškozování se v zahraniční odborné literatuře používají termíny jako například „Self-harming behavior“, „Self-injuring behavior“, „Self-mutilation“, „Parasuicide“, „Deliberate self-harm“, „Self-harm“, „Self-injury“, „Self-wounding“.

Terminologická nejednotnost poté může vést k nepřesnostem ve výkladu, statistickém zpracování výsledků vědeckých studií a jejich chybné interpretaci.

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

V současnosti je akcentováno striktní odlišení záměrného a nezáměrného sebepoškozujícího chování a též fatálního a non-fatálního sebepoškozování. Zdůrazňována je nutnost přesně definovat záměrné sebepoškozování („Deliberate self-harm“) a rozlišení jeho nejspecifičtějších způsobů sebetrávení-předávkování („Self-poisoning“ – „Overdosing“) a sebezraňování („Self-injury“), dvou aktuálně užívaných kategorií.

Základní kritéria pro oddělení sebepoškozujícího chování od suicidálního nám poskytla ve své publikaci Kocourková (2003, str. 63):

- „1. Způsoby sebepoškozování nemají letální důsledky.*
- 2. Sebepoškozování vede k častému opakování sebepoškození (více než 60% sebepoškozujících se osob opakuje toto chování ve vysokém počtu případů).*
- 3. Suicidální úmysl je při sebepoškozování spíše výjimečný.“*

Shrnutí: Současné rozlišování sepoškozujícího chování podle Kriegelové (2008, s. 29)

Sebepoškozující chování „Self-destructive behavior“	Automutilace „Automutilation“ „Self-mutilation“ <ul style="list-style-type: none"> • akt nezáměrného, přímého fyzického sebepoškození, důsledkem kterého je poškození vlastního těla střední až vysoké letality, a to u jedinců s vážnou psychopatií nebo fyziopatologií • akt automutilace může být jednorázový nebo má charakter stereotypního chování bez suicidálního záměru • onemocnění schizofrenního okruhu, Tourettův syndrom 	
	Sebepoškozování a rizikové chování „Self-harm“ „Risk-taking“ <ul style="list-style-type: none"> • dlouhodobé jednání bez přímého záměru se poškodit nebo zemřít • kouření, zneužívání alkoholu, zneužívání léků a drog, prostituce... 	
	Záměrné sebepoškozování „Deliberate self-harm“ „Self-harm“ <ul style="list-style-type: none"> • jednorázové nebo periodické jednání s přímým záměrem fyzicky se poškodit, ale bez záměru zemřít 	
	Záměrné sebepoškozování „Deliberate self-harm“ „Self-harm“ <ul style="list-style-type: none"> • jednorázové nebo periodické jednání s přímým záměrem fyzicky se poškodit, ale bez záměru zemřít 	Sebetrávení/předávkování „Self-poisoning“/„Overdosing“ <ul style="list-style-type: none"> • přítomnost u jedinců bez jasné psychopatie, u jedinců s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti a u jedinců s posttraumatickým stresovým syndromem
	Sebezraňování „Self-Injury“ (stále ještě frekventovaná synonyma „Self-harm“ a „Deliberate Self-harm“) <ul style="list-style-type: none"> • řezání, pálení, trhání vlasů, lámání kostí, kousání, škrábání, vkládání předmětů pod kůži, propichování, prošívání, leptání, vypalování • přítomnost u jedinců bez jasné psychopatie, u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a u jedinců s posttraumatickým stresovým syndromem 	
Suicidální jednání „Suicide“ „Parasuicide“ „Attempted suicide“ <ul style="list-style-type: none"> • jednání s přímým záměrem zemřít nebo vyjádření záměru ukončit život 		

Tabulka 1 – Shrnutí definic sebepoškozování

1.4 Historie sebepoškozování

Poškozování sebe sama není v historii ničím novým. Provází lidstvo celými dějinami v různých náboženstvích a kulturních odlišnostech. Babáková (2003/4, online,

cit. 2015-02-15) uvádí, že „již u primitivních národů můžeme zjistit rituální sebezraňování za účelem ať už ozdobným (tetováž, vytváření kožních jizev), ale také jako znamení příslušnosti určité sociální vrstvě či skupině. Může jít i o separační a iniciační rituály, kdy poranění navenek plní viditelně funkci přechodu dítěte do dospělosti.“ Může se také jednat o náboženské rituály, ve kterých je proklamována příslušnost k víře. Podle Babákové (2003/4, online, cit. 2015-02-15) je tetování u adolescentů civilizovaného světa „viditelným znamením příslušnosti k určité sociální skupině – ať už se jedná o nacistické symboly u skinheadů, či specifické značky příslušnosti k pouličnímu gangu. Podobnou funkci plní i piercing.“

Zvlášť silná tradice sebetřýznění v rámci katolické víry dodnes přetrvává i v Evropě, např. ve Španělsku vzpomeňme skupiny kajícíků v procesích na závěr Svatého velikonočního týdne, kteří se krvavě bičují a na řetězech upevněných háčky na kůži táhnou těžká břemena.

Tradiční je sebepoškozování ve vězeňském prostředí. „Jindřich Bažant z Pardubic, popravený v r. 1927 za dvojnásobnou vraždu, v průběhu vyšetřování snědl svou košili, ke které přidal několik hřebíků a jehel. Chtěl tím soud přesvědčit, že je „smyslu zbavený, a tak se jako nepřičetný vyhnout trestu.“ (Jedlička, 2012, online, cit. 2015-01-18)

První zmínky o sebepoškozování v odborné literatuře (cca rok 1933) jsou ve studiích L. E. Emersona právě z oblasti vězeňství. Podobně jako vězni se sebepoškozovali i vojáci v obou světových válkách za účelem dostat se z fronty (Svoboda et al., 2006).

Účelovost ostatně v motivech sebepoškozování přetrvává i v moderním vězeňství. Podle Jedličky (2012) jsou nejrozšířenější skupinou tzv. „polykači“, kteří konzumují mnohdy velmi kuriózní předměty – svým jednáním sledují krátkodobé cíle, jako vymáhání konkrétních výhod, ale mnohdy chtějí sebepoškozením získat trvalou invaliditu a vymoci si propuštění nebo alespoň změnu vězeňského režimu.

Celá problematika sebepoškozování byla tabuizována, stála zcela na okraji společenského i odborného zájmu. Mediální průlom přinesla práce amerického psychiatra a literáta Armanda Favazzy „Bodies Under Siege: Self-Mutilation in Culture

and Psychiatry“ (Tělo v obležení: Sebepoškozování v kultuře a psychiatrii). Poté se k sebepoškozování přihlásily i některé celebrity a tento fenomén se postupně dostával do popředí zájmu.

I když se případy sebepoškozování táhnou celou historií, je jisté, že nikdy nedosáhly tak masivního rozšíření jako v současnosti.

2 ETIOLOGIE

2.1 Úvodní analýza příčin sebepoškozování

V hledání příčin sebepoškozujícího chování začněme tezí, že mají biopsychosociální základ. Z **biologických faktorů** byl nesporně prokázán vliv genetiky, a také konkrétních fyziologických procesů a mechanismů v organismu na sebepoškozování. Platznerová (2009, s. 35) uvádí jako důkaz genetické podmíněnosti sebepoškozování „vyšší výskyt suicidií v rodinách poškozujících se osob.“ V dalším textu konstatuje, že i „odchylky v metabolismu serotoninu v mozku predisponují některé lidi k sebepoškozujícímu chování tím, že vedou ke zvýšené impulzivité a pohotovosti k agresivitě.“

Uvažuje se též o souvislosti sebepoškozujícího chování s pozitivním emočním doprovodem uvolnění endorfinů. Podle Kriegelové (2008, s. 80) šok ze záměrného sebepoškození stimuluje produkci endogenních opioidů endorfinů. „Ty mají analgetický účinek na organismus a mohou vyvolat popisované pocity uvolnění, euforie a snížené vnímání bolesti.“ Endorfiny mohou i zостřit vnímání, zvýšit chuť k jídlu a eliminovat pocity strachu.

Genetickou predispozicí k sebepoškozování může být i struktura osobnosti. Lidé, kteří se poškozují, bývají často úzkostní, mají nižší práh frustrační tolerance, obtížně zvládají větší zátěž, podhodnocují se, potlačují zlost a agresivní pocity, mívají depresivní sklony (Platznerová, 2009).

Psychologických faktorů, které mohou mít vliv na sebepoškozování, je celá řada. V literatuře bývají nejčastěji uváděny traumatizující události v dětství (většina autorů akcentuje sexuální zneužívání), negativní emocionální klima v rodině, nebo „chronicky invalidizující prostředí“. Kriegelová (2008, s. 71) tento pojem vysvětluje tak, že kontinuální kritika či opomíjení může vést k pocitům vlastní bezvýznamnosti a jedinec se může uchýlit k záměrnému sebepoškození ve snaze na sebe upozornit.

Platznerová (2009, s. 40) invalidaci popisuje jako společný etiologický faktor, vyskytující se u většiny sebepoškozujících se jedinců a mající za následek zpochybňování správnosti, odůvodněnosti a právoplatnosti vlastních pocitů a interpretací situací. K nejčastějším důvodům patří frustrace, vztek, lítost, přetížení, negativní emoce, osamělost, flashbacky (náhlé a intenzivní vzpomínky na prožitá traumata). Nelze nezmínit ani úzkou souvislost sebepoškozování a závislosti, zvláště v podobnosti mechanismů vzniku a průběhu.

Ze sociální faktorů, ovlivňujících tendence jedince k sebepoškozování, lze především jmenovat jakékoli „špatné“ životní prostředí – nepříznivé socioekonomické podmínky, celkové společenské klima, anonymita velkých měst, krize manželství a rodiny. Záměrné sebepoškozování může být důsledkem frustrace, vzniklé nedostatečnou citovou saturací v rodině či rozporem mezi rodinnými pravidly a požadavky běžného života. K sebepoškozování často vedou i problémy v oblasti interpersonálních vztahů v rodinách, vzdělávacích institucích a vrstevnických skupinách.

2.2 Metody a formy sebepoškozování

U dospívajících se jako nejčastější forma sebepoškozujícího chování nejčastěji objevuje povrchový typ sebepoškozování bez závažnějšího poškození tkání.

„V česky psané literatuře se klasifikací a hodnocením zabývá Jana Kocourková (Koutek, Kocourková, 2003). Kocourková člení problematiku sebepoškozujícího chování na pět základních termínů:

- *automutilaci*
- *sebepoškozování*
- *syndrom záměrného sebepoškozování*
- *syndrom pořezaného zápěstí*
- *předávkování léky*“ (Krieglová, 2008, s.27)

Automutilace („self-mutilation“) je sebepoškození na podkladě psychotické poruchy, může mít i symbolický význam. Vyskytuje se u jedinců se schizofrenií a poruchou osobnosti.

Sebeпоškozování („self-harm“, „self-injury“, „self-wounding“) je vědomé, záměrné a často se opakující sebepoškození bez vědomé suicidální motivace. Vyskytuje se u jedinců s narušenou osobností, nejčastěji hraničního charakteru.

Syndrom záměrného sebeпоškozování („deliberate self-harm“) je širší pojetí sebeпоškozujícího chování, vyčleněného z kategorie suicidálních pokusů. Vyskytuje se u poruch osobnosti, u poruch příjmu potravy a u závislosti na návykových látkách.

Syndrom pořezaného zápěstí („wrist-cutting“, „slashing“) je sebeпоškozující chování, kde je určující řezání (pořezávání) zvláště na zápěstí a předloktí, opět bez suicidálního úmyslu.

Předávkování léky („self-poisoning“, „overdosing“) je často opakované, nadměrné užití dávky léků, bez zřejmého suicidálního úmyslu.

Platznerová se ve své práci přiklání ke starší klasifikaci sebeпоškození do tří kategorií (2009, s. 18,19)

1. **Závažná automutilace** je nejextrémnější a zároveň nejméně četná forma sebeпоškození. Jde o sebeпоškození značného objemu tkáně – kastrace, amputace končetiny. Vede k nevratnému zmrzačení, nejčastěji je vyústěním psychotického stavu nebo akutní intoxikace.
2. **Stereotypní automutilace** znamená fixované, často rytmické projevy chování jako je bušení hlavou (nejčastěji) kousání prstů nebo paží. Obvykle ji praktikují mentálně postižení jedinci v institucionální péči, ale i autisti, psychotici či jedinci s Tourettovým syndromem.
3. **Povrchová nebo mírná automutilace**, tedy nejčastější formu sebeпоškozování. Výsledkem nebývá závažné poškození tkání a málokdy je poškození fatální.

Povrchové sebepoškozování se dále dělí **na kompulzivní sebepoškozování a impulzivní epizodické sebepoškozování a impulzivní repetitivní sebepoškozování.**

- ✓ Kompulzivní sebepoškozování má blízko k obsedantně-kompulzivní poruše, zařazuje se sem úzkostí provokované dloubání, skarifikace (zjizvení) a exkoriace (mechanicky způsobené oděrky) kůže.
- ✓ Impulzivní epizodické sebepoškozování je charakterizováno jako okamžitá reakce na emoční spouštěč. Pod vlivem jistých stresorů může vyústit do opakovaného sebepoškozování.
- ✓ Impulzivní repetitivní sebepoškozování se fixuje jako impulzivní reakce na negativní i pozitivní stresory. Podobně jako někdo sahá po cigaretě, repetitivně se poškozující osoba sahá po ostrém předmětu. Někdy je dávana do souvislosti s dalšími impulzivními poruchami (kleptomanie, poruchy příjmu potravy). Jejím hlavním znakem je opakování aktu sebepoškozování.

Carr-Gregg (2012, s. 114) jako nejčastější způsoby sebepoškozování uvádí: „

- ✓ *řezání zápěstí, paží, stehů nebo nohou ostrým předmětem, například žiletkou, nožem nebo (nejčastěji) pomocí skla;*
- ✓ *vyřezávání znaků do kůže nebo její pálení;*
- ✓ *bití nebo škrábání;*
- ✓ *bodání jehlou;*
- ✓ *bouchání hlavou;*
- ✓ *mačkání očí;*
- ✓ *kousání do prstů, rtů či rukou;*
- ✓ *tahání za vlasy;*
- ✓ *oštipování kůže;*
- ✓ *nenechat rány, aby se hojily.“*

Ve vzácných a krajních případech může dojít i k lámání kostí, amputaci, kastraci nebo sebevraždě.

Koutek a Kocourková (2013, online, cit. 2015-02-11) za nejčtenější způsoby sebepoškození považují řezná poranění kůže, zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, škrábance, vyřezávání znaků do kůže. K sebepoškození bývají používány ostré předměty, např. žiletka, sklo, kus zrcadla. Další častou formou sebepoškození je popálení, např. cigaretou.

Vyčerpávající výčet nejčastějších metod záměrného sebepoškození uvádí Kriegelová (2008, s. 61) s tím, že jednotlivé metody jsou v populaci zastoupeny nerovnoměrně a v jejich využití lze nalézt i generové rozdíly. Vysoká variabilita je patrná z výčtu metod:

- ✓ *sebeřezání se a vyřezávání nápisů a symbolů*
- ✓ *pálení si kůže žhavými předměty nebo chemickými žravými roztoky*
- ✓ *sebeopanování*
- ✓ *škrábání se*
- ✓ *škrábání/dření a řezání kůže, odstraňování si vrchní vrstvy kůže za účelem vytvoření hlubší rány*
- ✓ *sebekousání*
- ✓ *kousání se do vnitřních tkání ústa, vytváření ran a jejich znovu drásání*
- ✓ *propichování kůže*
- ✓ *drásání ran, narušování jejich léčebného procesu (např. opakované strhávání strupů)*
- ✓ *vytrhávání si vlasů, řas a obočí*
- ✓ *silné „sebetlučení“ za účelem vytvořit si modřiny, podlitiny, zlomeniny*
- ✓ *svazování si krku, rukou a nohou za účelem zabránění průtoku krve*
- ✓ *požití malého množství toxické látky nebo předmětu za účelem diskomfortu a poškození, ale bez záměru zemřít*
- ✓ *umisťování ostrých předmětů pod kůži nebo do tělesných otvorů*

Nejčastější metodou záměrného sebepoškození je sebeřezání, které využívají častěji ženy než muži. Nejčastěji popisovaným nástrojem při sebeřezání jsou žiletky.

Nejvíce postiženými tělesnými partiemi jsou ruce (74 %) a nohy (44 %). (Favazza In: Kriegelová, 2009, s. 64.)

Vysoké procento jedinců používá současně několik metod záměrného sebepoškozování. Aldermanová popisuje vývoj upřednostňovaných metod u jedince a tvrdí, že *„většina jedinců, kteří se záměrně poškozují, začínají superficiálním (povrchovým) sebeřezáním paží a stehem pomocí žiletky nebo nože. Typicky pak přecházejí ke zkoušení různých dalších forem sebezraňování, jako například sebpálení či sebetlučení. Až nakonec skončí u jedné upřednostňované metody.“* (In: Kriegelová, 2009, s. 63)

3 OBECNÝ POPIS SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

3.1 Výskyt

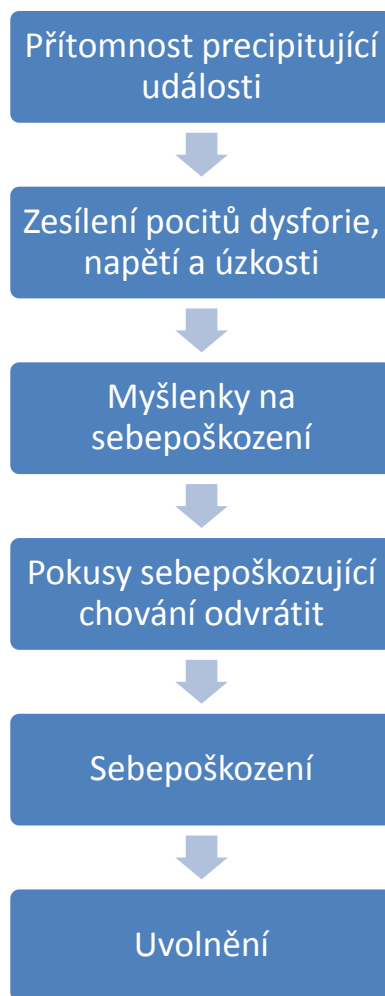
Jak již bylo uvedeno v předchozím textu, sebepoškození je průvodním jevem mnoha psychických poruch a onemocnění psychiatricky indikovaných. To je také důvod, proč většina výzkumných studií zahrnuje klinické pacienty, u nichž je sebepoškození sekundárním projevem nemoci. Jen minimum studií se zabývá výskytem sebepoškození v běžné populaci. Fenomén sebepoškození ve „zdravé“ populaci není proto adekvátně zmapován. Často se lze setkat s konstatováním, že v posledních letech „narůstá“, zvláště v období dospívání. Sebepoškození dospívajících obtížně identifikuje i nejbližší okolí. Mladí lidé často trpí pocitem viny či studu a proto své chování tají – často měsíce i roky, žijí život „s dlouhými rukávy“. I motivy pro sebepoškození jsou vysoce variabilní.

3.2 Průběh

Různé popisy průběhu při realizaci sebepoškozujícího chování se shodují v tom, že na začátku je velké psychické vypětí a na konci uvolnění a dobrá nálada, jejíž rychlý propad je způsoben pocitem viny z nových poranění.

Někteří autoři uvádějí, že rituál sebepoškození vykazuje specifické znaky v po sobě jdoucích krocích, tedy vzorec, který má ještě tendenci cyklicky se opakovat.

Jednoduše a výstižně průběh jednotlivé epizody sebepoškozujícího chování popisuje Kocourková (In: Kriegelová, 2008, s. 124)



Obrázek 1 – Průběh epizody sebepoškozujícího chování

3.3 Motivy

Motivy k sebepoškozujícímu chování jsou velmi různorodé. Mohou vycházet z problematického rodinného prostředí, emocionální nevyrovnanosti, úzkostných stavů, flashbacků (náhlé a intenzivní vzpomínky na prožitá traumata), negativního emočního ladění, dlouhodobého či akutního stresu. Sebepoškození může být formou komunikace, tzv. „voláním o pomoc“, či sebetrestající očištnou technikou.

Carr-Gregg (2012, s.113), který se ve svých publikacích zevrubně zabýval problematikou dospívání, jako rizikové faktory ovlivňující vývoj sebepoškození, uvádí:

- ✓ *porucha nálady nebo úzkostná porucha;*
- ✓ *trauma prožité v dětství či dospívání, například šikana, sexuální, fyzické či citové zneužívání, smrt kamaráda nebo někoho z rodiny;*
- ✓ *stres ve škole nebo v zaměstnání*
- ✓ *užívání drog nebo alkoholu*
- ✓ *napjaté vztahy s nejbližšími příbuznými;*
- ✓ *přátelství s někým, kdo se úmyslně sebepoškozuje;*
- ✓ *pocit odcizení a izolace (který postiženému prakticky znemožňují promluvit si o problémech s někým jiným)“*

Většina jedinců hovoří o záměrném sebepoškození jako o způsobu, jak se uvolnit, získat kontrolu, vrátit se do reality, nebo vyjádřit to, co slovy vyjádřit nemohou nebo neumějí. Ne všichni záměrně se poškozující jedinci jsou však schopni či ochotni odhalit, jakou roli hraje sebepoškození v jejich životě.

Podle Platznerové (2009, s. 46) výstižné vysvětlení motivů k sebepoškození podali Vanderlinden a Vandereyken:

- ✓ **Stimulace** – únik z asociativních prožitků záměrným procítěním těla, přičemž se sebepoškození využívá jako kotvící technika.
- ✓ **Trest** – sebetrestání s cílem odstranit pocity viny, studu, způsob vyjádření hněvu na sebe, např. za vlastní slabost nebo nedostatek disciplíny.
- ✓ **Relaxace** – cílem je dosáhnout pocitu uspokojení z tělesného prožitku bolesti nebo tepla krve, redukce tenze přímou protireakcí a uvolnění endorfinů.
- ✓ **Odklonění (diverze)** – dosažení disociace nebo stavu podobného tranzu s cílem zabránit reakci na emoční spouštěč, problém, subjekt nebo sebevražedné myšlenky.
- ✓ **Společenské motivy/Poutání pozornosti** – sebestvrzení demonstrace vlastní síly a/nebo dosažení péče a ochrany.
- ✓ **Alterace** – cílem je dosažení neatraktivnosti pro sebe i druhé sebezohyděním jizvami.

Kriegelová (2008, s. 105-110) nejčastější motivy k sebepoškození ve své publikaci klasifikuje takto:

- ✓ Copingová strategie
- ✓ Zvládání silných emocí a regulace psychické tenze
- ✓ Kontrola nad vlastním tělem
- ✓ Očištění
- ✓ Potvrzení existence
- ✓ Útěk od silných emocí a navození pocitů otupělosti jako psychické anestezie
- ✓ Sebetrestání
- ✓ Komunikace – způsob vyjádření vnitřních prožitků
- ✓ Testování hranic, manipulace druhými
- ✓ Snaha být zachráněn – volání o pomoc
- ✓ Euforický zážitek a regulace arousalu
- ✓ Výraz příslušnosti ke skupině

Pro zjednodušení lze důvody sebepoškozování shrnout do tří skupin:

- ✓ **regulace afektu,**
- ✓ **komunikace,**
- ✓ **kontrola-trest.**

4 INTERVENCE A TERAPIE

Jako je celá problematika záměrného sebepoškozování velmi variabilní a záleží na mnoha aspektech, stejně tak i řešení záměrného sebepoškozování je dlouhodobý proces s nejistým výsledkem. Poškozující se jedinci navíc lavírují mezi potřebou získat pomoc a současným odmítáním pomoci. Předpokladem pro úspěšný průběh terapie je jejich aktivní a dobrovolná spolupráce.

Intervence sebepoškozujícího chování musí být zásadně odborná, laické přístupy jsou nežádoucí a kontraproduktivní.

Odborná intervence by měla dešifrovat celou osobní historii sebepoškozujícího jednání, rozpoznat vzorce sebepoškozování a všechny souvislosti s cílem nalézt alternativní copingové strategie, způsoby regulace emocí a zlepšit komunikační a interpersonální dovednosti. (Kriegelová, 2008, s. 33)

Psychologická intervence se zaměřuje na zmapování problému, primární diagnostiku, koučink a naplánování další léčby. Uplatňuje se zde krátkodobá i dlouhodobá psychoterapie (individuální i skupinová), z psychoterapeutických přístupů převažuje kognitivně behaviorální terapie.

Farmakologická intervence se aplikuje pro častou souvislost sebepoškozování s duševními poruchami. Jako funkční se osvědčila některá antipsychotika, v některých případech antidepressiva.

Sociální intervence je orientována na posílení kontaktu s odborníky a zajištění bezpečného osobního zázemí. Při současně zjištěných patologiích v rodinném prostředí vstupují do hry orgány sociální péče.

Hospitalizace jako možnost odborné intervence není podle odborníků zcela vhodná. Prostředí v nemocnici je svým způsobem „skleníkové“, a naučit se zvládat zátěž bez sebepoškozování je podle nich případnější v reálném prostředí a životě. K hospitalizaci by mělo docházet jen tehdy, je-li jedinec po aktu sebepoškozování ohrožen na zdraví či životě.

5 PREVENCE

Podle Platznerové (2009, s. 115) je naprostý nedostatek literatury pojednávající o účinných způsobech předcházení osvojení si sebepoškozujících praktik. Autorka naléhá na akutní potřebu výzkumu v této oblasti. Pravděpodobné účinné strategie lze zřejmě odvodit z primárních příčin první epizody sebepoškození stejně jako z poznatků o příbuzných patologiích, jako jsou např. poruchy příjmu potravy. Účinná preventivní opatření budou muset zahrnovat posílení schopností jedince zvládat náročné životní situace a zátěže. Jiné odborné stati se prevencí sebepoškozování věnují velmi kuse nebo vůbec.

Praktické zkušenosti také ukázaly, že je vhodné vyhnout se strategiím cíleným primárně na zvýšení informovanosti o formách a praktikách sebepoškozování, jako jsou jednorázové vzdělávací akce pro širší veřejnost nebo specificky pro mladistvé – sumarizace výstupů z těchto akcí vedla k závěrům, že v lepším případě jsou jen minimálně účinné, v horším případě vedou k nárůstu výskytu chování, které mají za úkol redukovat. Jako nevhodné se jeví rozšiřovat detailní informace o sebepoškozování ve velkých skupinách mladistvých, je však zároveň třeba, aby zainteresovaní dospělí znali příznaky sebepoškozování a věděli, co dělat v případě jeho zjištění.

V předchozím textu byla nastíněna teoretická východiska problematiky sebepoškozujícího chování, i když jistě ne v celé šíři – sebepoškozování je z velké části tématem medicínským na zcela odborné úrovni. V kontextu této práce lze teoretické zpracování považovat za dostačující. Vzhledem k realizovanému výzkumnému úkolu (věkového složení zkoumaného vzorku) je ještě nutno specifikovat zvláštnosti období dospívání, tedy pubescence a rané adolescence, z hlediska tělesného, kognitivního, emočního, sociálního a osobnostního vývoje, když prostudování odborné literatury vedlo k jasnému závěru, že zvláště období dospívání je pro fenomén sebepoškozování obdobím nejcitlivějším.

6 VÝVOJOVÉ CHARAKTERISTIKY DOSPÍVÁNÍ

Dospívání je z vývojového hlediska obtížným obdobím pro jedince i jeho okolí. Za příznivých okolností je vývoj dítě kontinuálním procesem – plynulým, bez extrémních výkyvů či přerušení. V jeho průběhu dochází k výrazným změnám na úrovni biologické, psychologické a sociální. Biologické změny v organismu vedou k akceleraci růstu a rozvoji primárních a sekundárních pohlavních znaků. Psychologické změny odrážejí kognitivní vývoj jedince ustálení jeho osobnostní struktury. Sociální změny předpokládají odpoutání se od primární rodiny, profesní orientaci a nalezení osobního životního stylu. Cílem dalšího textu o dospívání je pokus zmapovat, proč je právě v této věkové kategorii značná četnost výskytu sebepoškozování.

Odborníci nevymezují trvání adolescence jednotně, především z důvodu značných individuálních vývojových rozdílů. Nejčastěji se za dospívání považuje období od 10 do 20 let. Vágnerová adolescenci rozděluje na ranou a pozdní, přičemž raná adolescence = pubescence.

Pro další popis je zvoleno členění období dospívání na dvě fáze:

- ✓ **pubescenci** (cca 11 – 15 let)
- ✓ **adolescenci** (cca 15 – 22 let)

6.1 Pubescence

Začíná obdobím prepuberty, spojené s prvními známkami pohlavního dospívání – u dívek to znamená počátek pravidelného menstruačního cyklu a u chlapců spermatogenezi. U většiny českých dívek probíhá tato fáze mezi 11. a 13. rokem života, u chlapců o 1 a 2 roky později. (Hort et al., 2000, s. 38)

Z psychologického hlediska je podstatný vztah mezi pubertálními změnami a psychosociálním významem – jak dospívající ke změnám přistupuje a jak je prožívá.

„Puberta je vývojovou etapou mezi 10. a 12. rokem a mezi 14. a 16. rokem. Přihlížíme přitom k pohlavním rozdílům mezi chlapci a děvčaty a k individuálním odlišnostem mezi jedinci. Jak ukazují četné výzkumy, rozdíly v pohlavním i v celkovém psychickém vývoji mezi chlapci a dívkami znamenají až dva roky ve prospěch dívek.“
(Trpišovská, 1998, s. 50)

6.1.1 Tělesný vývoj

Tělesný vývoj se týká především růstu a pohlavního dospívání, které je podstatně zrychlené. Pronikavá přestavba organismu v pubertě (druhá strukturální přeměna), který vyžaduje adekvátní životosprávu - stravu bohatou na bílkoviny a vitamíny, a také relaxaci a odpočinek, protože organismus pubescenta je málo odolný vůči vnějším nepříznivým vlivům. Tělesný vývoj je způsoben činností endokrinních žláz, které podporují rychlejší dozrávání žláz pohlavních. Rozvíjí se také druhotné pohlavní znaky.

Pohlavní diferenciaci je druhou významnou charakteristikou tělesného vývoje v dospívání – infantilně indiferentní jedinci dostávají podobu muže a ženy s odlišnými znaky v somatické i psychické oblasti.

Biologické změny mají důležité důsledky pro psychiku pubescentů. Zvětšování objemu svalové hmoty u chlapců vede k větší sebedůvěře, energickému chování, soutěživosti se staršími. Biologické změny také působí na osobnostní strukturu dospívajícího – jeho podoba je pubertou narušována, může trávit celé hodiny před zrcadlem, může k sobě mluvit, psát si deník a dalšími způsoby se přesvědčovat o své individualitě, protože v dospívání hraje sebeuvědomění významnou roli.

6.1.2 Pohybový vývoj

Pohybový vývoj pubescenta zaznamenává změny v závislosti na změnách psychických a tělesných. Pohybové schopnosti se však relativně zhoršují - projevuje se nesoulad, nemotornost, způsobené rychlým růstem, jemuž se nestačí přizpůsobovat centrum pohybu v mozku; i kosti a svalstvo rostou nerovnoměrně. Pubescent navíc

sleduje více své tělo a pohyby, které předtím konal zcela automaticky. Jde o přechodnou záležitost, na konci období dospívání se pohybuje opět koordinovaně, harmonicky, téměř ladně.

Při pohybových aktivitách je nutno brát v úvahu větší unavitelnost dospívajících a diferencovat jejich náplň pro chlapce a dívky, které mají méně pevný vazivový aparát, méně vyvinuté svalstvo a menší svalovou sílu.

6.1.3 Poznávací procesy

Vývoj poznávacích procesů v pubertě je ve znamení rozhodujícího fungování druhé signální soustavy a tím vyšší kvalitativní úrovně veškeré psychické aktivity.

„Naše inteligence roste v klasickém případě do patnácti let (v něčem zajisté i dále), přičemž ke čtyřicítce nám už některých schopností ubývá. Když bychom se tedy řídili podle psychologických testů inteligence, zjistili bychom, že naše děti, o nichž soudíme, že jsou hrozně „hloupé“, neodpovědné, nemožné, jsou vlastně „inteligentnější“ než my.“ (Matějček, 2007, s. 83)

Vnímání se vyrovnává vnímání dospělého člověka, spojuje se s úmyslnou pozorností bez předchozí nesoustavnosti. **Pozornost**, resp. schopnost koncentrace pozornosti, se přechodně zhoršuje, na konci puberty se ale dostává na úroveň dospělého; záměrná pozornost nabývá převahy, pubescent je schopen i rozdělování pozornosti. **Představy** jsou stejné jako u dospělých, ustalují se. V tomto období se také podle převahy první či druhé signální soustavy završí příslušnost k určitému typu (typ umělecký, typ myslitelský a smíšený), což se promítá do kvality představ. **Paměť** se rozvíjí rovněž intenzivně, zejména po kvalitativní stránce. Vývojového vrcholu ovšem dosahuje až po 20. roce věku.

V pubertě se často objevuje **fantazie** v podobě denního snění, které je útočištěm před konflikty s realitou a zdrojem představ o vlastním já. *„Denním sněním tráví mladiství mnoho času. Pomáhá jim k němu jednak nový mohutný příliv fantazie, jednak objev vlastního vnitřního citového světa, dále jejich nynější rozporné sociální postavení*

mezi dětstvím a dospělostí a nepochybně i nově probuzená sexualita. (Matějček, 2007, s. 84)

Pubescent se vidí lepší, hezčí, dospělejší. To však často ovlivňuje průběh psychických dějů, odvádí pozornost, narušuje myšlení. Postupně se fantazie dostává na vyšší úroveň, představy směřují k budoucnosti.

„Dospívající si dokáže vnitřní řeči přehrávat donekonečna reálné dialogy, dokáže se trýznit slovy, která byla vyřčena směrem k jeho osobě. Důkazem toho mohou být statistiky dětských sebevražd, kdy byly zanechány dopisy na rozloučenou nebo příběhy dívek, které podlehnou mentální anorexii. Právě taková dívka často cituje tvrdá kritická slova, pronesená na její adresu.“ (Svoboda, 2014, s. 23)

V **myšlení** dochází k **rozvoji formálních operací**, funguje logika na abstraktní úrovni, tvoří se úsudky, určují vztahy mezi pojmy, vyvozují závěry. Rozumové schopnosti na konci puberty dosahují srovnatelné úrovně s dospělým člověkem s tím rozdílem, že pubescentovi chybí zkušenosti a jeho závěry tudíž bývají rychlé a nepromyšlené. U řady činností lze sledovat i růst **kreativity**. Kvalitativní změny jsou patrné i v **řeči** dospívajících. Jejich slovník může být bohatý, s řadou abstraktních pojmů, věty gramaticky správné a stylisticky košaté. V této oblasti jsou však mezi pubescenty obrovské rozdíly, podmíněné sociokulturním prostředím, čtenářskými dovednostmi a návyky a též zájmy. Ve verbálních projevech mají sklony ke stylizaci, často usilují o jednoznačné vyjádření sounáležitosti s určitou sociální skupinou, jejich komunikační vzorce jsou charakteristické jejich generační příslušností. Projevuje se to zejména preferencí některých slova užíváním oblíbených obrátů.

6.1.4 Citový vývoj

Citový vývoj dospívajících je ovlivněn bouřlivými hormonálními změnami, které způsobují citovou nevyrovnanost, dráždivost, zvýšenou vzrušivost a přecitlivělost. Dospívající často neumějí ovládat své city a chování, projevují se impulzivně a mají potíže se sebeovládáním. To přispívá ke konfliktům v interpersonálních vztazích. Nicméně city se v tomto období diferencují, zkvalitňují, jsou bohatší, prožívány

intenzivně a hluboce; vnitřní protiklady vedou k extrémním projevům něhy a laskavosti kontra bezcitnosti, bezohlednosti, hrubosti. Typickou změnou v období dospívání zejména u chlapců je nechuť projevovat city navenek, sklon k introverzi. Dospívající sice věnují značnou pozornost svému prožívání, ale často vlastním emocím nerozumějí a obávají se projevit e strachu před zesměšněním. Nejistota a obrovská zranitelnost je další charakteristikou pro toto období.

6.1.5 Sociální vztahy

Pro sociální vztahy v období dospívání je typická snaha odpoutat se od rodiny; projevuje se zvyšující kritičnost k vlastnostem a chování dospělých. **Rodiče** a ostatní dospělí ztrácejí výsadní postavení. Dospívající přijímá jen toho, kdo mu imponuje a koho si váží. Pubescent reaguje velmi citlivě na zásahy rodičů, kteří si chtějí zachovat svou autoritu, je vztahovačný, netolerantní, negativistický. Někteří rodiče nejsou schopni akceptovat proměnu svého dítěte. Dospívající naopak potřebuje potvrdit své kompetence a uvolnit se z infantilní závislosti na rodičích. Usiluje o rozvoj své identity, chce se odlišovat; odmítá rady a doporučení rodičů – zdají se mu hloupá a zbytečná.

Ve **vztahu k učitelům** jsou jejich postoje a pocity podobné jako k rodičům; dospívající jsou alergičtí především na nespravedlnost, zesměšňování a podceňování, nedostatek taktu. V chování pedagogů oceňují takové projevy, které nezdůrazňují nerovnost rolí – dobrou náladu, smysl pro humor, pochopení pro žáky, ochotu vyslechnout jejich názor. Pubescenti neakceptují názory a rozhodnutí učitele bez výhrad – uvažují o nich, hodnotí je a přijímají jen to, co jim imponuje a čeho si váží. Jsou alergičtí na manipulaci, kterou považují za projev nadřazenosti.

Matějček (2007, s. 86) dospělým doporučuje „*neposmívat se, nezlehčovat citová vzplanutí mladistvých, neurážet je – ale spíše se na jejich zážitky a prožitky ptát, sledovat je se sympatií a radit, jen pokud vycítíme, že je na to vhodná chvílka a rada má naději na přijetí.*“

Vztah k vrstevníkům je v pubertálním období velmi významný. V souvislosti s emancipačními snahami potřebuje dospívající jiné zázemí (jistotu, bezpečí, oporu),

než je rodina, od které se snaží odpoutat. To vše mu poskytují vrstevníci, kteří jsou pro něj také nejvyšší autoritou. Potřeba být členem skupiny, být přijímán, být oblíbený, úspěšný, má za následek vyšší konformitu k normám vrstevnické skupiny. Vnější projevy jsou různé – oblékání, způsob komunikace, přejímání hodnot a životního stylu, někdy i překročení zákonných společenských norem. V dospívání je také silně akcentovaná potřeba **přátelství**. Jedinec potřebuje přítele, který se mu do jisté míry podobá, pozitivně hodnotí jeho vlastnosti, svěřuje mu svá tajemství a sdílí s ním své pocity a životní zkušenosti.

„Snaha být někam zařazen a přitom být originální, plně odpovídá sociálnímu dozrávání, které v tomto období lze vyjádřit větou: Chci, co cítím, a nevím co.,“
(Svoboda, 2014, s. 24)

6.2 Adolescence

Období adolescence trvá přibližně od 15 (16) do 20 (21) a je etapou završení dospívání po stránce psychické. Nejednotné odborné vymezení trvání adolescence je způsobeno značnými individuálními rozdíly ve vývoji.

V období adolescence dochází k nejvýznamnějším psychosociálním změnám. Kognitivní vývoj se dostává do stadia formálních operací, kolem 15 let věku dosahuje svého vrcholu a má vliv i na morální usuzování. Mění se vztahy k rodičům vrstevníkům i sobě samému. Důležitým úkolem adolescenta je akceptace vlastní psychosexuální role (jako ženy či jako muže) a schopnost sexuálního vztahu.

Ve vztahu k rodičům dochází k separaci jedince z primární rodiny, jejíž průběh se odvíjí od předchozích vzájemných vztahů. Komplikovaná separace může přetrvávat v podobě tzv. hostilní závislosti, kdy adolescent rodiče odmítá, ale zároveň se od nich nedokáže odpoutat.

K vývojovým úkolům adolescence patří:

- ✓ Přijetí vlastní fyzické struktury a role svého pohlaví
- ✓ Vytvoření nových vztahů k vrstevníkům obojího pohlaví

- ✓ Vytvoření hodnotové hierarchie
- ✓ Příprava na povolání
- ✓ Emocionální nezávislost na rodičích
- ✓ Získání jistoty a ekonomické nezávislosti na rodičích
- ✓ Dosažení sociálně zodpovědného chování
- ✓ Příprava na manželský a rodinný život

6.2.1 Tělesný vývoj

Tělesný vývoj v adolescenci se završuje. Zpomaluje se růst a jedinec dosahuje definitivní výšky a vlastně celé podoby. Pohlavní znaky dosáhly plného rozvoje.

Dospívající dosahují vrcholného výkonu v některých motorických aktivitách. V motorické činnosti chlapci převyšují dívky s výjimkou těch činností, které vyžadují přesnost. Rozdíly v motorické aktivitě jsou spíše podmíněny rozdíly v zájmech, zkušenosti a praxi než pohlavím. Na konci adolescence se organismus zcela vyrovnává organismu dospělého člověka a je schopen stejného zatížení.

Fyzický vývoj adolescentů je provázen značnými psychickými změnami. Zatímco dospělí posuzují dospívající zejména podle jejich inteligence a chování, pro ně samotné je důležitější fyzická zdatnost a tělesná krása. Je to proto, že tělesná složka je důležitou součástí adolescentní identity. Tělové schéma je posuzováno prostřednictvím jeho sociálního významu, tedy tak, jak je ostatními hodnoceno. Zevnějšek se stává cílem sociální akceptace a prestiže. I zde hraje roli tendence k jisté uniformitě, k přiblížení sociálně preferovaného standardu nebo idealizovanému vzoru (Vágnerová, 2008).

Podle Svobody (2014, s. 21) vede komerční společnost rodiny tak, že „z dívek vychovávají buď sexuální objekty (volba miss již ve školce, předkládání celebrit, jakými jsou například modelky, které mají atraktivní tělesné propoziční deformace), nebo dívky, které jejich ženství omezuje, obtěžuje, protože jsou hodnoceny za svou fyzickou, případně mentální výkonnost.“

6.2.2 Smyslový a rozumový vývoj

Smyslový a rozumový vývoj v dospívání znamená vrcholné období smyslového vnímání. Nových kvalit dosahují rozumové aktivity, završuje se vývoj abstraktně logického myšlení, kdy je jedinec schopen operovat nejen s konkrétními objekty, ale i symboly a výroky. Způsob myšlení se zásadním způsobem nemění, adolescent však umí lépe používat formálních operací. V úsudcích se častěji než dospělí nechává ovlivnit emocemi a obvykle preferuje jednoznačná, absolutistická a radikální řešení. Na začátku dospívání se objevuje rozkolísanost v pozornosti a paměti, do konce adolescence dosáhnou obě schopnosti optimálních kvalit. Inteligence se vyhraňuje individuálně, její využití spočívá v současném rozvíjení kreativity. Mění se jazyková úroveň, více jsou využívány metafory. Většina adolescentů umí konverzovat, diskutovat, odpovídat, formálně operační úroveň myšlení je zřejmá. Je však více individuálních variací.

6.2.3 Sociální vztahy

V sociálních vztazích mladý člověk akcentuje větší osobní svobodu, samostatnost a nezávislost na dospělých. Usiluje proto o osamostatnění alespoň v některých sférách. Adolescenti disponují kritickým myšlením a vytvářejí si vlastní světový názor. Pokračuje také rozvoj individuální identity. Adolescent se snaží zvyšovat pocit vlastní ceny, i když to někdy dělá způsobem, který nepostihuje základní znaky osobnosti – pro toto období je charakteristická značná pozornost, kterou věnuje svému zevnějšku. Snaha o zvyšování vlastní ceny se může projevat pozitivně (dobré výsledky ve studiu), ale i negativně (napodobování různých vzorů včetně nežádoucího chování).

„Dlouhodobé sledování mládeže naznačuje, že to, co mladí nevyzkoušeli do 17. roku života, již velmi pravděpodobně nebude hlavní doménou, a to jak v oblastech společensky uznávaných, tak ve smyslu sociálně patologických jevů.“ (Svoboda, 2014, s. 25)

Na podkladě vlastních širších životních zkušeností si adolescent vytváří stále výraznější vztahový rámec, který používá ve vyhodnocování přijímaných informací a svých zkušeností. Klíčovým prvkem je základní pohled na svět a na sebe, na vlastní přednosti a vady, na svět kolem sebe, na dobro a zlo. Sebeobraz adolescenta je již

přesnější – zastává více rolí a může se na sebe podívat z různých aspektů. Součástí individuální identity v adolescenci se stává sexuální oblast. Charakteristické jsou způsoby, jimiž adolescent uspokojuje své potřeby, jimiž reaguje na ztráty a zklamání, způsob, jak si klade cíle a jak jich dosahuje. To vše se formuje v utváření relativně konzistentního životního stylu, který se stane charakteristickým i pro jeho další život.

Adolescenci lze považovat za stadium **vrcholného výskytu a významu vrstevnických vztahů**, podporovaných přirozenou tendencí osamostatnit se v rámci primární skupiny. Kooperace ve vrstevnické skupině je podporována i jistým odklonem od rodiny při zvýšené sociabilitě a nevyhraněné sociální pozici. Vrstevnické skupiny jsou formovány a udržovány společnou činností, zážitky a potřebami, ale i společnými obavami a reakcemi na domnělé nepřátele. Vztahy mohou mít různou intenzitu a trvání, jsou pestré formou i obsahem, od jednoduchých interakcí a kontaktů až po stálejší formy soužití ve skupinách.

Adolescentní skupiny jsou obvykle postaveny na sdílených zájmech a společných aktivitách, ne vždy na vzájemné přitažlivosti. Nicméně malé skupiny lze chápat jako prostředky, jimiž jednotliví členové dosahují osobního a sociálního uspokojení, přijímají a mění sociální a individuální normy, udržují společenskou kontrolu, přejímají hodnotové vzorce, standardy a požadavky.

Každý adolescent je zařazen do řady formálních a neformálních skupin (skupiny přátelské, zájmové, party, pracovní skupiny, školní kolektivy). Skupinová identita často překračuje identitu osobní. Člověk je definován tím, ke komu patří. Pokud je sounáležitost se skupinou hlavní náplní identity, znamená její zjednodušení, ale i zároveň ochuzení. Jedinec se může cítit silnější – má podporu skupiny, nemusí cítit zodpovědnost za své chování, protože skupina jej individuální odpovědnosti zbavuje, může jednat agresivně až asociálně.

V adolescenci se objevují i vzájemné vztahy mezi pohlavími – u dívek se formují od 14 let, u chlapců od 15 let, ale mnohdy i mnohem časněji. Adolescentní vztahy mezi chlapci a dívkami vytvářejí prostředí, v němž se zintenzivňují očekávání rolí spojených s pohlavím. Jsou příležitostí k výběru.

6.2.4 Erotické a sexuální vztahy

Erotické a sexuální vztahy mezi chlapci a dívkami se v adolescenci se mnohdy prezentují jako veselé a neškodné, ale realita je složitější. První sexuální zkušenost je významným mezníkem v životě adolescenta. Adolescence je někdy také označována za období polygamní, neboť mnoho jedinců získává zkušenosti s různými partnery (objevování, experimentování; zároveň potřeba nevázat se). Sexuální chování adolescentů je dáno silou sexuálního tlaku a též úlohou, která se sexu připisuje v dané kultuře, ale i úrovní a reálnou znalostí sexuálních záležitostí.

Při objevování intimity chtějí být dospívající sami se svými city. Podle Matějčka (2007, s. 84) *„na to mají právo a je to vlastně z vývojového hlediska nutné a žádoucí. Vnitřní citový život se tím rozvíjí, kultivuje, zušlechťuje. Proto pozor, vážným prohřeškem může být, když rodiče nyní otevírají jejich korespondenci nebo čtou jejich deníky.“*

Sexuální potřeba je silně modifikována sociálními vlivy a výsledkem je, že psychické a sociální projevy této potřeby jsou významnější než fyziologický základ. Lásky je sociálním vztahem, její motivace je mnohem širší než sexuální. První vztahy mezi chlapci a dívkami jsou erotické, ale s touhou po vzájemném poznání a sdílení, po citovém porozumění. První vztah je obdobím otevřených možností, rozletu, životních plánů a představ. Je třeba si uvědomit rozdíl mezi zamilovaností a láskou – dospívající se obvykle zamilovávají několikrát, je to stav pomíjející, vyvolaný především vnějšími znaky (úsměvem, zevnějškem, způsobem řeči). Ideální představa partnera má velký význam, každý hledá svůj typ, který je často dán jen povrchním hodnocením (něžná blondýnka, černovlasý chlapec). U partnera je však třeba hodnotit především jeho charakterové znaky, ale velkou pozornost je třeba věnovat společným hodnotám, snahám, cílům, zdraví, vzdělání, rozumovým schopnostem a citovým vlastnostem. To ovšem předpokládá dobré vzájemné poznání.

Poměrně časté je uzavírání manželství na sklonku adolescence, mnohdy však z nesprávných motivů, např. z pocitu méněcennosti, za účelem překonání vnitřní nejistoty a nesamostatnosti, hledají v druhém oporu a tím si usnadnit řešení svých

životních problémů. Velmi častým motivem těchto časných sňatků je nespokojenost se životem doma, únik od rodičovské autority.

Svoboda (2014, s. 27) období dospívání shrnuje slovy: „každý věk přináší své vývojové úkoly a z nich vyplývají motivace k činnostem, které mají další návaznosti. Jednotlivé trendy vázané na statisticky určitelný věk lze v jednotlivých obdobích označit klíčovými slovy:

- do 10 let *EMOCE*
- v 11 letech je klíčovým slovem *AKTIVITA*
- 12 let věku: *EXPERIMENTACE, PARTA*
- 13 let slovo *SLYŠÍM*
- 14 let věta: *CHCI, CO CÍTÍM, A NEVÍM CO*
- 15 let věku: *SMÍM a NESMÍM*
- 16 let – *TĚLO*
- 17 let – *EXPERIMENTACE S PARTNERSTVÍM*
- 18 let *ZAHÁJENÍ KARIÉRY*“

6.3 Sebepoškozování v období dospívání

Dospívání je důležité, ale pro jedince velmi obtížné životní období, charakteristické bouřlivým biopsychosociálním vývojem. Jedinec roste tělesně, postupně se vyvíjí ke zralosti pohlavní i psychické, buduje si své sebepojetí, kritické myšlení, vymezuje se v interpersonálních vztazích. Formuje se mu osobnost, stabilizují povahové vlastnosti. Pro dospívání jsou charakteristické vnitřní zmatky, extrémní výkyvy nálady, silné a načekané emoci, které dospívající ještě není schopen adekvátně zvládat. Mladý člověk si též hledá své sociální postavení, profiluje se ve vrstevnické skupině. Zahajuje aktivní sexuální život. Právě emocionální nestabilita je jedním z uznávaných faktorů vzniku pro vznik různých sociálních patologií a problémového chování včetně sebepoškozování. Adolescence je rozhodně obdobím, kdy výskyt záměrného sebepoškozování bývá nejvyšší. Arnoldová (1995) ve svém výzkumu uvádí, že 44% jedinců začalo se záměrným sebepoškozováním právě v období adolescence.

Výskyt epizod sebepoškozování v adolescenci bude pravděpodobně mnohem vyšší, než udávají původní studie, jelikož mnoho případů jednoznačně uniká jak pozornosti odborníků, tak rodičů. (Hawton et al., 2002)



Obrázek 2 - Ilustrační foto (2014)

6.4 Agrese a autoagrese

„Slovo pochází z latinského výrazu ag-gredior, tedy přiblížit se, přibližovat se, jít na nějaké místo, zmocnit se nějakého místa, zničit nějaké místo, osobu, bytost (až zde nastupuje destrukce). Dané stupňování se jeví zcela podstatné a správné. Mírně odlišné výklady slova pak nabízejí slovníky psychologické a sociologické. Neměli bychom však nikdy zapomínat na ono stupňování. Pouze tak pochopíme pravý obsah tohoto pojmu.“ (Svoboda, 2014, s. 39)

Agrese patří do obranných mechanismů zvládnání zátěžových situací, jimiž jsou útok a únik. Cílem obranné reakce je udržení, resp. znovuzískání psychické pohody a rovnováhy. Dispozice k agresivnímu chování jsou vrozené, ale mohou se rozvíjet i prostřednictvím učení.

„Obecné tendence k agresi se nemusí projevovat jen negativně – porušováním sociálních norem a omezováním či poškozováním jiných lidí. Její pozitivní, socializovaná varianta může mít charakter asertivity, tj. schopnosti sebeprosazení, realizace vlastních plánů a uspokojení potřeb v rámci platných norem.“ (Vágnerová, 2012, s. 56)

Agrese ale může být směřována i vůči sobě samému. „Může se projevit verbálním sebeobviňováním, v krajním případě až sebevražednými tendencemi.“ (Vágnerová, 2012, s. 56)

Destruktivní a agresivní tendence se objevují u týraných dětí, je průvodním znakem psychiatricky indikovaných onemocnění, latentní či reálná agrese je jedním z problémů bezdomovectví.

Agrese není nic mimořádného. Svoboda (2014, s. 40) ji charakterizuje jako „*projev vitální síly, její funkce naplňují záměr konkrétného jedince.*“ Nejčastějšími cíli agrese je posunout hranice, zajistit aktivitu a ochrana vlastního psychického i fyzického území.

Pro schopnost zvládat agresi hraje velmi významnou roli dispozice člověka, prožitá traumata a výchova. Podle Svobody (2014, s. 58) „*vzniklá energie v lidském organismu, původně určená expresivnímu projevu, se neztrácí. Pokud není vyjádřena vně člověka, městná se uvnitř těla a může být základem pro mnohé psychosomatické nemoci.*“

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUM

Následující výzkum je motivován pokusem zmapovat sebepoškozující chování u dětí v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v jihočeském regionu. Fenomén sebepoškozování má podle odborné literatury vzrůstající tendenci, tento fakt lze subjektivně pozorovat i v naší praxi. Výzkum byl rozdělen do dvou segmentů:

1. zmapování aktuální situace u dětí a dospívajících umístěných v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy v jihočeském regionu – stav k 30. 11. 2014. U tohoto vzorku byla zkoumána četnost jevu - první zkušenosti se sebepoškozováním a opakované sebepoškozující epizody u dívek a chlapců
2. analýza četnosti sebepoškozujícího chování u dětí umístěných do dětského diagnostického ústavu k diagnostickému pobytu od 1. 9. 2009 do 31. 8. 2014, tedy za posledních 5 ukončených školních roků. Časové rozmezí školního roku (nikoliv kalendářního) bylo zvoleno proto, že zařízení jsou školská a rytmus školních roků je v organizačních strukturách, databázích i dalších písemných dokumentech přirozený.

Toto rozdělení výzkumného úkolu má ještě další důvody. Prvním je různé věkové rozpětí klientů – v dětských domovech jsou dislokovány děti a dospívající ve věku od 3 do 18 resp. 26 let, v dětském diagnostickém ústavu jsou přijímáni klienti plnící povinnou školní docházku, tedy od 6 do cca 17 let. Dalším důvodem je délka pobytu – v dětských domovech žijí děti zpravidla dlouhodobě (déle než tři měsíce), kdežto pobyt v dětském diagnostickém ústavu je krátkodobý (zpravidla do tří měsíců). To může mít vliv na četnost výskytu sebepoškozujícího chování. Třetím důvodem je časové hledisko – v síti dětských domovů šlo o to zjistit aktuální stav, v praxi dětského diagnostického ústavu spíše zmapovat vývoj četnosti fenoménu sebepoškozování.

Babáková (2003, online, cit. 2015-02-15) ve své studii o klinickém obrazu sebepoškozování v dětské populaci uvádí, že sebepoškozování u dětí v ústavních zařízeních je soustředěno především v zařízeních nápravného charakteru. Vyšší míra sebedestruktivního chování byla zjištěna u adolescentů s delikventním chováním obou

pohlaví formou vyřezání znaků či písmen na kůži a pálení cigaretou. Mechanismem vzniku tohoto chování byla snaha o skupinovou identifikaci. Toto sebepoškozování postrádalo impulzivní charakter a tím se odlišovalo od dalších způsobů sebepoškozování.



Obrázek 3 - Ilustrační foto (2014)

Výzkum sebepoškozování v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy je pojat jako explorativní a kvantitativní, k prozkoumání rozšíření a četnosti jevu. Této problematice se dosud nikdo nevěnoval. Věříme, že tento výzkum bude základem pro širší a důkladnější analýzu situace.

Pro úplnost uvádím ještě přehled zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy v jihočeském regionu.

7.1 Sít' následných zařízení v působnosti DDÚ Homole

Dětský diagnostický ústav v Homolích je koedukované školské zařízení, kam jsou přijímány zvláště děti a dospívající s poruchami chování ve věku plnění povinné školní docházky na základní škole (cca 6 až 17 let). Dětem poskytuje speciálně-pedagogickou, pedagogicko-psychologickou na zdravotní komplexní péči, terapeutické aktivity,

preventivní, poradenskou, edukační a výchovnou činnost. Zároveň poskytuje odbornou pomoc rodičům.

*„Dislokační možnosti DDÚ Homole se odvíjejí od kapacity a vlastních charakteristik jeho následných zařízení, tedy 12 dětských domovů a 2 dětských domovů se školou. Do dětských domovů DDÚ dislokuje děti s méně závažnými poruchami chování, do dětských domovů se školou děti s antisociálními poruchami chování.“
Následuje stručná charakteristika následných zařízení. (Divišová, 2009, s. 35 – 38)*

Dětský domov Boršov nad Vltavou (kapacita 32, věkové rozpětí dětí 3 – 18 let)

je koedukované zařízení rodinného typu, se 4 rodinnými skupinami ve dvou budovách. Děti dojíždějí do škol do Českých Budějovic – možnost docházky do základní školy i do základní školy praktické, dobrá dojezdnost do učilišť a středních škol.

Dětský domov Horní Planá (kapacita 72, věkové rozpětí dětí 3 – 18 let)

je koedukované zařízení rodinného typu (dříve zvláštní škola internátní), s 9 rodinnými skupinami ve 3 budovách. Jedna ze skupin má upravený režim a zařazují se na ni tzv. hraniční děti. Při DD je zřízena základní škola praktická. Možnost docházky do základní školy v místě, dobrá dojezdnost do učilišť a středních škol.

Dětský domov Koryto (kapacita 18, věkové rozpětí dětí 3 – 18 let)

je jediný soukromý dětský domov v síti. Je umístěn v rekonstruovaném bývalém rekreačním objektu na Šumavě. Vzhledem k lokalitě má problémy s dojezdností dětí do škol a na zájmové aktivity.

Dětský domov Humpolec (kapacita 32, věkové rozpětí dětí 3 – 18 let)

je koedukované zařízení rodinného typu. Sídlí v budově blízko centra města. Děti jsou rozděleny do 4 rodinných skupin. Možnost docházky dětí do základní školy i

základní školy praktické, dobrá dojemnost do učilišť a středních škol, možnosti zájmových aktivit (např. umělecká škola v místě)

Dětský domov Nová Ves u Chotěboře (kapacita 32, věkové rozpětí dětí 3 – 18 let)

je koedukované zařízení rodinného typu se 4 rodinnými skupinami. Možnost docházky dětí do základní školy i základní školy praktické.

Dětský domov Písek (kapacita 48, věkové rozpětí dětí 3 – 18 let)

je nově rekonstruované koedukované zařízení rodinného typu ve městě (dříve zvláštní škola internátní). Děti jsou rozděleny do 6 rodinných skupin, z nichž jedna je v nedalekém Hradišti. Možnost docházky do základní školy i základní školy praktické v bezprostředně sousedící budově, dobrá dojemnost do učilišť i středních škol, možnosti rozličných zájmových aktivit.

Dětský domov Senožaty (kapacita 40, věkové rozpětí dětí 3 – 18 let)

je koedukované zařízení rodinného typu na Vysočině. Děti žijí v 5 rodinných skupinách. Domov vzhledem ke geografické poloze bojuje se stálým nedostatkem personálu, dlouhodobě chybí muži – vychovatelé. Možnost docházky pouze do základní školy, které je přímo propojena s budovou DD.

Dětský domov Volyně (kapacita 40, věkové rozpětí dětí 3 – 18 let)

je koedukované zařízení rodinného typu (dříve zvláštní škola internátní) se základní školou praktickou ve stejné budově a možností docházky do základní školy. DD zřídil 5 rodinných skupin.

Dětský domov Zvíkovské Podhradí (kapacita 21, věkové rozpětí dětí 3 až 18 let)

je koedukované zařízení rodinného typu, od r. 2008 sídlí v nově rekonstruovaném objektu s přístavbou (konečné vyřešení restitučního nároku).

Děti jsou rozděleny do 3 rodinných skupin, z nichž dvě jsou v objektu DD ve Zvíkovském Podhradí (docházka do základní školy v Záhoří) a jedna je v Milevsku (byt) s možností docházky dětí do základní školy praktické.

Dětský domov Žichovec (kapacita 32, věkové rozpětí dětí 3 – 18)

je koedukované zařízení rodinného typu (dříve zvláštní škola internátní) se 4 rodinnými skupinami. Základní škola praktická je v místě, do základní školy docházejí děti do blízkých Strunkovic nad Blanicí. Kolem DD je krásný sportovně rekreační areál, který byl vybudován po povodních. Negativem je odlehlost místa.

Dětský domov Radení (kapacita 48, věkové rozpětí dětí 3 – 18)

je koedukované zařízení rodinného typu se 6 rodinnými skupinami. Možnost docházky dětí do základní školy i základní školy praktické.

Dětský domov při speciální škole pro sluchově postižené České Budějovice (kapacita 16, věkové rozpětí dětí 3 – 18)

VÚ a DDŠ Počátky

(kapacita 48) 6 rodinných skupin, z toho 2 s možností dislokace z DDÚ (ZŠ, omezeně ZŠP)

DDŠ Šindlovy Dvory

(kapacita 24) 3 rodinné skupiny ZŠ i ZŠP)

7.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zmapování stávající situace problematiky sebepoškozujícího chování v dětských domovech a dětských domovech se školou, také primární podchycení možných generových rozdílů. Dalším cílem bylo zjistit vývoj (nárůst, pokles) počtu klientů s tendencemi k sebepoškozování v praxi dětského diagnostického ústavu. U obou skupin potom četnost ojedinělých zkušeností se sebepoškozením a opakujících se aktů sebepoškozování.

7.2.1 Výzkumné otázky

Výzkum by měl přinést odpovědi na následující otázky:

1. Jak rozšířeným jevem je sebepoškozování v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v jihočeském regionu?
2. Sebeпоškozuji se více dívky nebo chlapci?
3. Je počet dívek s ojedinělou zkušeností se sebepoškozováním větší než počet chlapců se stejnou zkušeností?
4. Je počet dívek s opakovanými epizodami sebepoškozování vyšší než počet chlapců?
5. Jaké jsou nejčastější formy sebepoškozujícího chování?
6. Jaký je nejnižší věk při první zkušenosti se sebepoškozováním?
7. Zvýšil se v posledních 5 letech počet sebepoškozujících se klientů dětského diagnostického ústavu, stagnuje nebo se snížil?
8. Souvisí sebepoškozování s agresivitou?

7.2.2 Formulace hypotéz

Následující hypotézy byly stanoveny v přímé souvislosti s výzkumnými otázkami a také na podkladě znalostí dané problematiky ze studia odborných pramenů.

H1 Ve všech zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v jihočeském regionu mají někteří jedinci zkušenost se sebepoškozováním.

H2 V klientele diagnostikované v dětském diagnostickém ústavu je větší výskyt sebepoškozování u dívek než u chlapců.

H3 Nejčastější formou sebepoškozování dětí v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v jihočeském regionu je řezání a škrábání.

H4 U všech dětí s projevy sebepoškozování jsou v anamnéze i agresivní projevy.

7.2.3 Výzkumný design

Výzkumné šetření bylo jednorázové za použití dotazníkové metody a analýzy anamnestických údajů z osobní dokumentace klientů. Dotazníkové šetření bylo realizováno v průběhu měsíce prosince 2014, analýza anamnestických údajů byla postupně uskutečňována v měsících září až listopad 2014 z archivních materiálů – zkoumaný vzorek zahrnoval 534 klientů, přijatých k diagnostickému pobytu v době od 1. 9. 2009 do 31. 8. 2014, tedy za období 5 let.

7.3 Zkoumané osoby a postup při sběru dat

Výzkumný vzorek A (děti umístěné v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v jihočeském regionu) byl v rozsahu 328 respondentů – dětí a dospívajících ve věku 3 – 21 let, žijících v těchto zařízeních k 30. listopadu 2014.

Výzkumný vzorek B (děti přijaté k diagnostickému pobytu do DDÚ Homole v období od 1. 9. 2009 do 31. 8. 2014) obsahoval údaje 534 dětí ve věku povinné školní docházky, tedy 6 – 17 let.

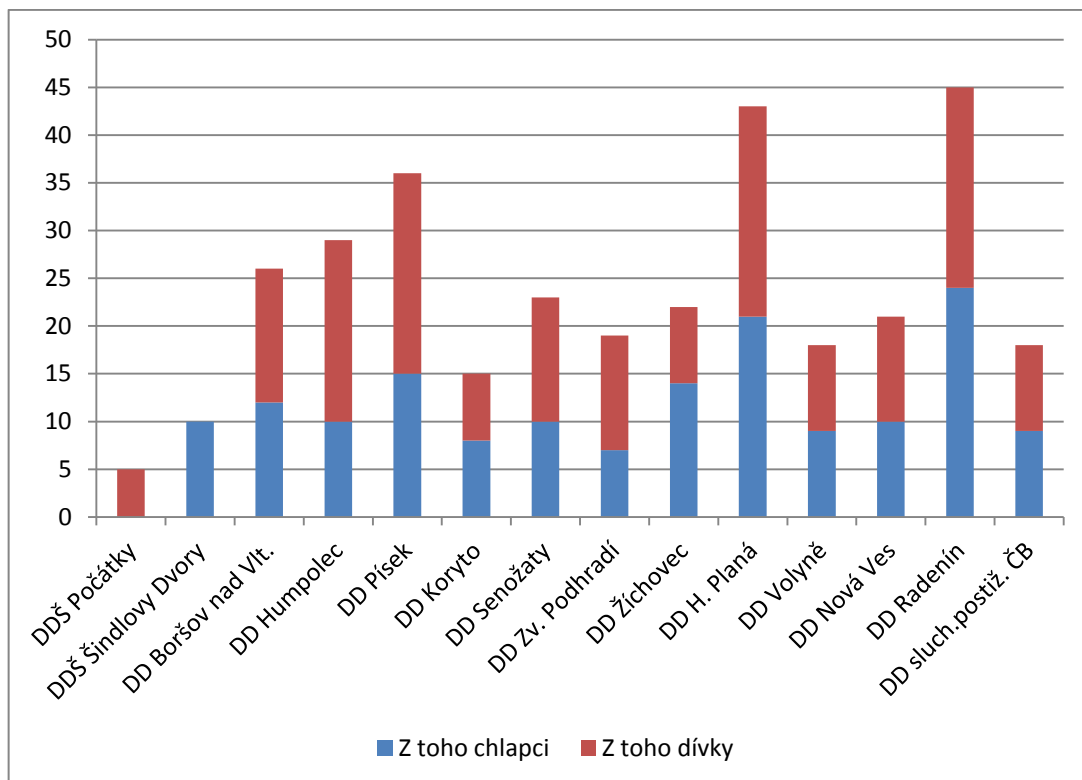
Výběr respondentů u výzkumného vzorku A byl dán konkrétním počtem dětí, které byly aktuálně v zařízeních umístěny.

Výzkumný vzorek B byl také konkrétně dán počtem diagnostikovaných dětí v určeném období. Pětileté časové období bylo zvoleno kvůli dostupnosti archiválií a také kvůli předpokladu, že během 5 let bude možné vysledovat trend nárůstu, stagnace či poklesu sebepoškozujících se dětí.

Děti umístěné v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy v působnosti DDÚ
Homole v jihočeském regionu k 30. 11. 2014 – sumář

Zařízení	Počet dětí	Z toho chlapci	Z toho dívky
DDŠ Počátky	5	0	5
DDŠ Šindlovy Dvory	10	10	0
DD Boršov nad Vlt.	26	12	14
DD Humpolec	29	10	19
DD Písek	36	15	21
DD Koryto	15	8	7
DD Senožaty	23	10	13
DD Zv. Podhradí	19	7	12
DD Žichovec	22	14	8
DD H. Planá	43	21	22
DD Volyně	18	9	9
DD Nová Ves	21	10	11
DD Radenín	45	24	21
DD sluch.postiž. ČB	16	9	9
C e l k e m	328	159	171

Tabulka 2 – Přehled celkového počtu umístěných dětí v DD a DDŠ v jihočeském regionu



Obrázek 4 - Přehled celkového počtu umístěných dětí v DD a DDŠ v jihočeském regionu

Dotazníky děti vyplňovaly za účasti kmenových vychovatelů na jednotlivých zařízeních v průběhu měsíce listopadu 2014. Dotazníky se vrátily ke zpracování dat do poloviny prosince 2014. Dotazníky vyplnily všechny fyzicky přítomné děti. Ve zkoumaném vzorku nebylo k rozhodnému datu žádné předškolní dítě, dětem z 1. stupně tlumočily otázky „tety“ či starší děti na rodinných skupinách. Všem dětem byla vysvětlena důležitost jejich odpovědí na otázky a také zaručena anonymita.

7.4 Nástroje šetření

Při realizaci výzkumu u výzkumného vzorku A byl použit zjednodušený dotazník, který byl modifikací dotazníku A. Dubekové pro sebepoškozování (Platznerová, 2009, s. 145). Opis formuláře dotazníku je uveden v příloze A.

Další technikou byl sběr dat z archivovaných osobních spisů dětí a elektronické databáze Foster. Z těchto materiálů byly vypracovány přehledy, které byly následně zpracovány do tabulek a grafů.



Obrázek 5 - Ilustrační foto (2014)

8 POPIS VÝSLEDKŮ

8.1 Výskyt zkušenosti se sebepoškozováním

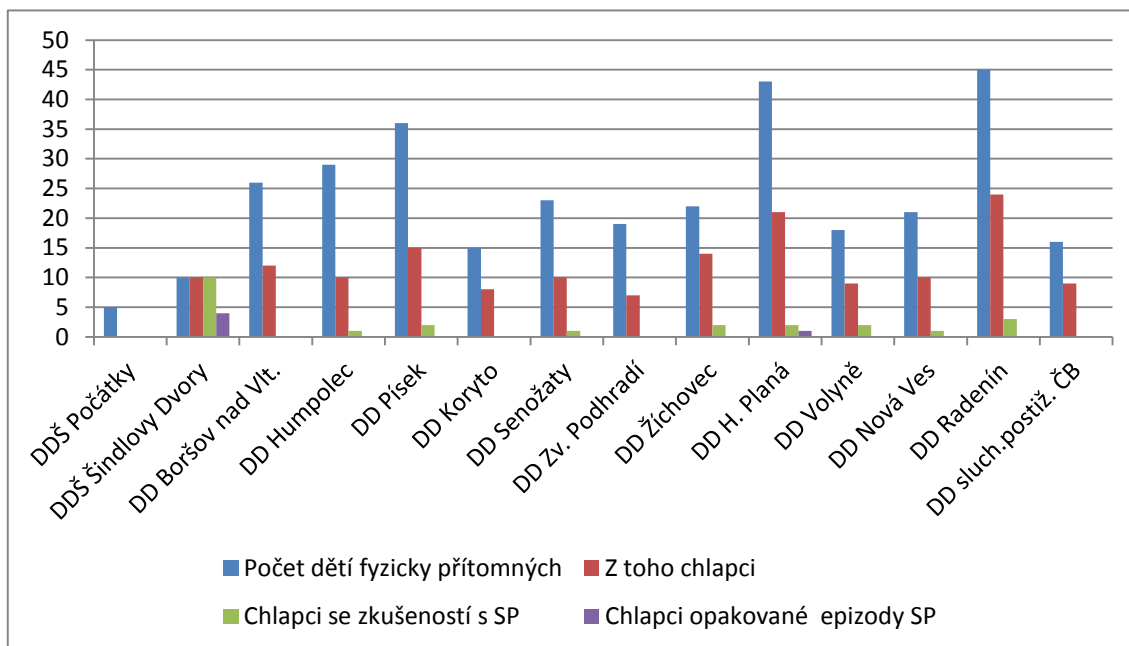
Respondenti výzkumu byli vyzváni, aby v dotazníku vyznačili vlastní zkušenost se sebepoškozováním, a dále zda je jejich zkušenost jednotlivá (izolovaná, jediná), či zda se poškozovali vícekrát.

CHLAPCI

Zařízení	Počet dětí fyzicky přítomných	Z toho chlapci	Chlapci se zkušeností s SP	Chlapci - opakované epizody SP
DDŠ Počátky	5	0	0	0
DDŠ Šindlovy Dvory	10	10	10	4
DD Boršov nad Vlt.	26	12	0	0
DD Humpolec	29	10	1	0
DD Písek	36	15	2	0
DD Koryto	15	8	0	0
DD Senožaty	23	10	1	0
DD Zv. Podhradí	19	7	0	0
DD Žichovec	22	14	2	0
DD H. Planá	43	21	2	1
DD Volyně	18	9	2	0
DD Nová Ves	21	10	1	0
DD Radenín	45	24	3	0
DD sluch.postiž. ČB	16	9	0	0

Zařízení	Počet dětí fyzicky přítomných	Z toho chlapci	Chlapci se zkušeností s SP	Chlapci - opakované epizody SP
Celkem	328	159	24	5

Tabulka 3 – Chlapci se zkušeností se SP



Obrázek 6 – Chlapci se zkušeností se SP

Ze získaných dat vyplývá:

- z 328 dětí fyzicky přítomných k rozhodnému datu v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v jihočeském regionu, bylo 159 chlapců
- z údajů v dotaznících je patrné, že chlapci jsou ve věkovém rozpětí od 6 do 20 let
- z celkového počtu chlapců (159) má osobní jednorázovou zkušenost se sebepoškozením 24 chlapců, opakovanou zkušenost 5 chlapců
- ve většině zařízení mají chlapci jen jednorázovou zkušenost se sebepoškozením, pouze ve dvou z nich (DDŠ Šindlovy Dvory a DD Horní

Planá) z dotazníků vyplývají u respondentů opakované epizody sebepoškozování

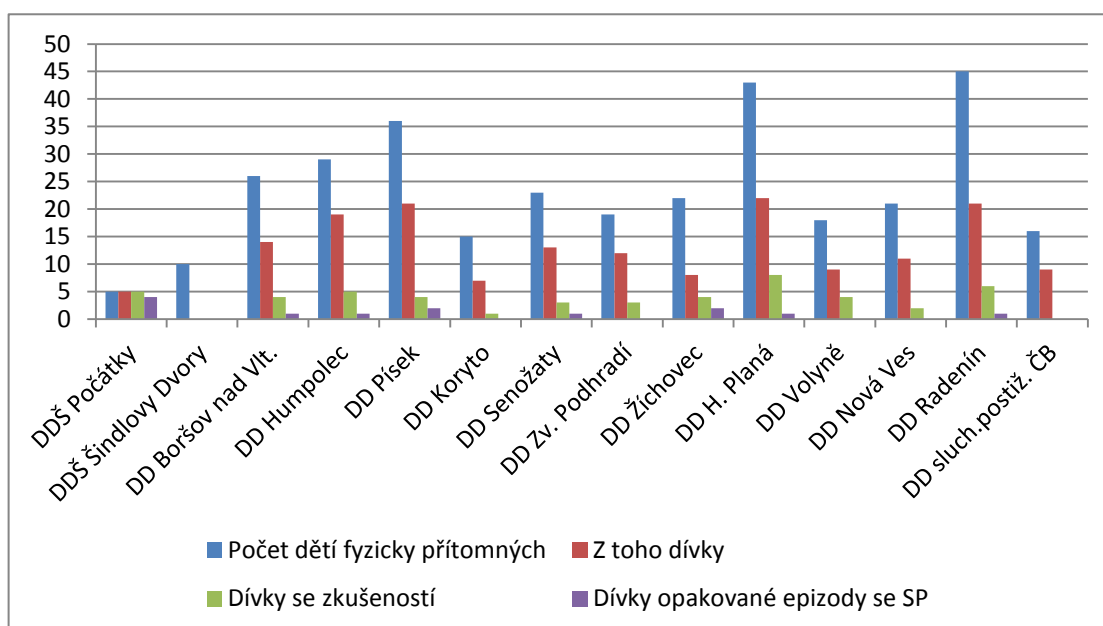
- další údaje z dotazníků ukazují, že nejčastější technikou sebepoškozování je mělké řezání či škrábání na předloktích či zápěstích – tuto techniku uvedlo všech 24 chlapců, 4 z nich ještě další techniku – pálení cigaretou (všichni z DDS Šindlovy Dvory)
- nejmladší z chlapců, kteří udávají sebepoškozování, je sedmiletý
- ve 4 ze 14 zkoumaných zařízení nemají chlapci žádnou zkušenost se sebepoškozováním (DD Boršov, DD Koryto, DD Zvíkovské Podhradí, DD pro sluchově postižené České Budějovice)

DÍVKY

Zařízení	Počet dětí fyzicky přítomných	Z toho dívky	Dívky se zkušeností s SP	Dívky - opakované epizody SP
DDS Počátky	5	5	5	4
DDS Šindlovy Dvory	10	0	0	0
DD Boršov nad Vlt.	26	14	4	1
DD Humpolec	29	19	5	1
DD Písek	36	21	4	2
DD Koryto	15	7	1	0
DD Senožaty	23	13	3	1
DD Zv. Podhradí	19	12	3	0
DD Žichovec	22	8	4	2
DD H. Planá	43	22	8	1
DD Volyně	18	9	4	0
DD Nová Ves	21	11	2	0

Zařízení	Počet dětí fyzicky přítomných	Z toho dívky	Dívky se zkušeností s SP	Dívky - opakované epizody SP
DD Radenín	45	21	6	1
DD sluch.postiž. ČB	16	9	0	0
C e l k e m	328	171	49	13

Tabulka 4 – Dívky se zkušeností se SP



Obrázek 7 – Dívky se zkušeností se SP

Ze získaných dat vyplývá:

- z 328 dětí fyzicky přítomných k rozhodnému datu v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v jihočeském regionu, bylo 171 dívek
- z údajů v dotaznících je patrné, že dívky jsou ve věkovém rozpětí od 6 do 18 let
- z celkového počtu dívek (171) má osobní jednorázovou zkušenost se sebepoškozením 49 dívek, opakovanou zkušenost 13 dívek

- ve většině zařízení mají dívky jen jednorázovou zkušenost se sebepoškozováním, v 5 zařízeních (viz obr. 4) ze 14 nedochází u dívek k opakovaným epizodám sebepoškozování, jak vyplývá z dotazníků
- z dotazníků dále vyplývá, že u dívek stejně jako u chlapců je nejčastější technikou sebepoškozování řezání (pořezávání) či škrábání na předloktích či zápěstích – tuto techniku uvedlo všech 49 dívek, 4 dívky s opakovaným epizodickým sebepoškozováním uvedly jako další techniku pálení cigaretou
- nejmladší z dívek, které udávají sebepoškozování, je 12 let
- pouze v 1 ze 14 zkoumaných zařízení nemají dívky žádnou zkušenost se sebepoškozováním (DD pro sluchově postižené České Budějovice)

8.1.1 Věk první zkušenosti se sebepoškozováním

Podle respondenty vyplněných údajů v dotaznících je nejnižší věk první zkušenosti se sebepoškozováním 7 let, a to v jednom případě, u chlapce. Nejnižší věk sebepoškozující dívky je 12 let. Zároveň jde o zkušenost opakovanou. V drtivé většině k prvním zkušenostem se sebepoškozováním dochází mezi 13. a 15. rokem věku.

8.2 Nejčastější techniky

Podle údajů v dotaznících je patrné, že nejčastější sebepoškozovací praktikou je mělké řezání či škrábání na předloktích či zápěstích. Tuto techniku uvedli všichni respondenti, kteří zároveň uvedli izolované či epizodické sebepoškozování, tedy 49 dívek a 24 chlapci. V 8 případech uvedli respondenti další techniku – pálení cigaretou (4 chlapci, 4 dívky). Jiné techniky sebepoškozování v dotaznících uvedeny nebyly.

8.3 Genderové rozdíly

U výzkumného vzorku A (děti umístěné v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v jihočeském regionu) je patrné, že se častěji sebepoškozují dívky než chlapci,

dívky mají častěji jednotlivé zkušenosti se sebepoškozováním, a častěji se poškozuji opakovaně – viz tabulky 3 a 4.

U **výzkumného vzorku B** (děti přijaté k diagnostickému pobytu do DDÚ Homole v období od 1. 9. 2009 do 31. 8. 2014) je zjištění podobné. K diagnostickému pobytu bylo přijato více dívek se sebepoškozováním v anamnéze (3,6%), u téměř 12% dívek vyplynulo sebepoškozování během diagnostického procesu a téměř 12% dívek z celkového počtu přijatých dětí v rozhodném období přiznalo opakované epizody sebepoškozování – viz tabulka a obr. 5.

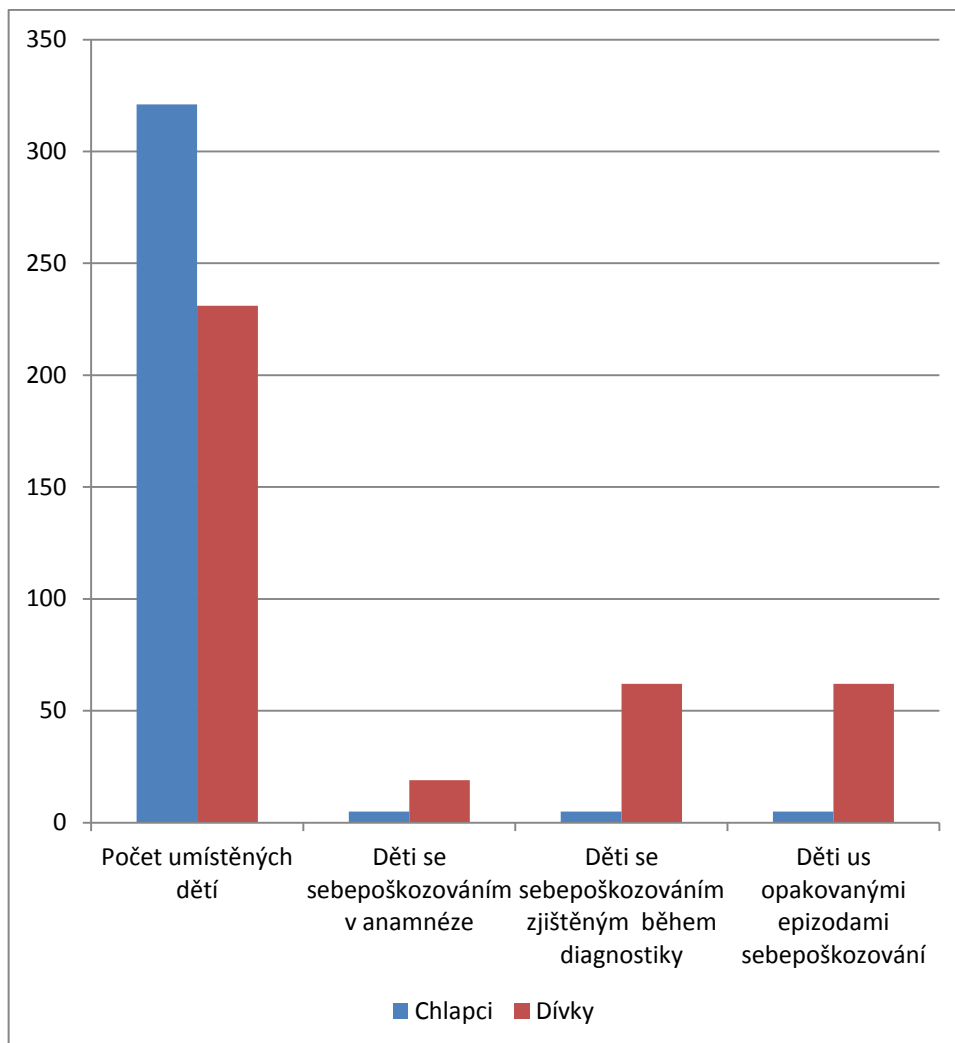
Celkově lze konstatovat vyšší zastoupení sebepoškozujícího chování u dívek, žijících v dětských domovech a dětských domovech se školou v jihočeském regionu, stejně tak u dívek diagnostikovaných v rozhodném období 5 let v DDÚ Homole.

Četnost sebepoškozování na vzorku dětí umístěných v DDÚ ve ŠR 2009/10 – 2013/14 (5 let).

Údaj	Chlapci	Dívky
Počet umístěných dětí	321 (60,11%)	231 (43,26%)
Děti se sebepoškozováním v anamnéze	5 (0,94%)	19 (3,65%)
Děti se sebepoškozováním zjištěným během diagnostiky	5 (0,94%)	62 (11,61%)
Děti s opakovanými epizodami sebepoškozování	5 (0,94%)	62 (11,61%)

Tabulka 5 – Četnost výskytu sebepoškozování na pozorovaném vzorku

Pozn. Procentuální hodnota uvedená v závorce je kalkulována oproti celkovému počtu dětí přijatých k diagnostickému pobytu ve výše uvedeném období.



Obrázek 8 - Četnost výskytu sebepoškozování na pozorovaném vzorku

9 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ A OVĚŘENÍ HYPOTÉZ

Podle výsledků výzkumných šetření lze na výzkumné otázky odpovědět takto:

Sebepoškozování je jev rozšířený v dětských domovech a dětských domovech se školou podobně jako v celé populaci.

Jednoznačně se více sebepoškozují dívky než chlapci, vyšší počet dívek udává izolované zkušenosti se sebepoškozováním i opakované epizody.

Nejčastější formou sebepoškozování je povrchové řezání či škrábání na zápěstích či předloktích, a to u chlapců i u dívek.

V ojedinělém případě byl zaznamenán věk 7 let jako nejnižší při opakované zkušenosti se sebepoškozováním.

Nejnižší věk u sebepoškozujícího chlapce byl 7 let, u dívky 12 let.

Analýzou databáze dětí a anamnestických dat bylo zjištěno, že počet sebepoškozujících dětí, přijatých k diagnostickému pobytu, se zvýšil.

Jednoduché srovnání.:

Ve školním roce 2009/2010 bylo k diagnostice přijato celkem 115 dětí, z nich 5 mělo sebepoškozování v anamnéze, u 11 vyplynulo během diagnostiky a u 11 se jednalo o opakovaný akt.

O 4 roky později, ve školním roce 2013/2014 bylo k diagnostice přijato celkem 84 dětí (tedy méně), z nich 6 mělo sebepoškozování v anamnéze a u 15 sebepoškozující chování vyplynulo během diagnostiky (tedy více).

Analýzou databáze dětí a anamnestických dat bylo zjištěno, že všechny děti se sebepoškozujícím se chováním mají v anamnéze agresivní projevy.

Výzkumem se podařilo potvrdit tyto hypotézy:

H2 V klientele diagnostikované v dětském diagnostickém ústavu je větší výskyt sebepoškozování u dívek než u chlapců

H3 Nejčastější formou sebepoškozování dětí v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v jihočeském regionu, je řezání a škrábání.

H4 U všech dětí s projevy sebepoškozování jsou v anamnéze agresivní projevy.

Nepotvrdila se hypotéza

H1 Ve všech zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v jihočeském regionu mají někteří jedinci zkušenost se sebepoškozováním.

V dětském domově při speciální škole pro neslyšící se nevyskytl jediný případ sebepoškozování. V relativně vysokém počtu zařízení (ve 4 ze 14) nemají žádnou zkušenost se sebepoškozováním chlapci.



Obrázek 9 - Ilustrační foto (2014)

ZÁVĚR

Cílem výzkumu bylo zjištění, do jaké míry se vyskytuje fenomén sebepoškozování v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v jihočeském regionu a také četnost sebepoškozování a také četnost sebepoškozování u klientely dětského diagnostického ústavu. To proto, že DDÚ dislokuje děti do následných zařízení a problematika sebepoškozování je tak provázaná.

Základním zjištěním bylo, že sebepoškozování se v dětských domovech a dětských domovech se školou vyskytuje v poměrně velké míře u obou pohlaví, více však u dívek. Také se ukázalo, že nejčastěji praktikovanou technikou sebepoškozování je u dívek i u chlapců povrchové mělké řezání či škrábání na předloktích a zápěstích. Dále bylo zjištěno, že k prvním zkušenostem se sebepoškozováním dochází mezi 12. a 15. rokem věku. V ojedinělém případě byl pro první zkušenost se sebepoškozováním zaznamenán věk 7 let.

Ve zkoumaném vzorku klientely diagnostikované v dětském diagnostickém ústavu v období od 1. 9. 2009 do 31. 8. 2015 jsme došli k jednoznačnému závěru, že se více poškozují dívky než chlapci, a to v ukazatelích izolované zkušenosti se sebepoškozováním i opakovaných epizodách. Lze konstatovat, že počet diagnostikovaných klientů se snižuje, naproti tomu počet klientů se sebepoškozujícím chováním se zvyšuje. Také jsme došli k závěru, že sebepoškozování má jednoznačně souvislost s agresivitou, neboť u všech sebepoškozujících se dětí jsou v anamnestických údajích zároveň agresivní projevy.

Tyto závěry chápeme jako základ pro rozsáhlejší a podrobnější výzkum problematiky sebepoškozování v prostředí zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

SEZNAM POUŽITÝCH STUDIJNÍCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BOBÁKOVÁ, Lenka. SEBEPOŠKOZOVÁNÍ V ADOLESCENCI. Č. Bud., 2011. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Pedagogická fakulta

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

CARR-GREGG, Michael; SHALE, Erin. Pubertáči a adolescenti: průvodce výchovou dospívajících. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-662-9 (brož.)

DIVIŠOVÁ, Irena. Dětský diagnostický ústav, jeho role v procesu diagnostiky a dislokace dětí s akcentem na úspěšnost. Praha, 2009. 61 s. Bakalářská práce. Univerzita Jana Amose Komenského, Katedra speciální pedagogiky.

DÍTĚ V KRIZI. Sborník vybraných příspěvků z pěti ročníků mezinárodních seminářů. Praha: 2004. Vydala: MediaDIDA Olomouc. ISBN 80-903439-0-2

DRTILOVÁ, Jana; KOUKOLÍK, František. Odlišné dítě. Praha: Vyšehrad, 1994. ISBN 80-7021-097-4

ELLIOT, Julian; PLACE, Maurice. Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie. Praha: Grada, 2002. Vydání 1. ISBN 80-247-0182-0.

FARKOVÁ, Marie. Vybrané kapitoly z psychologie. 2. vydání. Praha: UJAK, 2008. ISBN 978-80-86723-64-8.

HANUŠ, Bohuslav. Primární základy penologie. Praha: VŠ JAK, 2005. ISBN 80-86723-14-3.

HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. 796 s. ISBN 978-80-7367-686-5

HORT, V.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. a kol.. Dětská a adolescentní psychiatrie. Vydání 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KERN, Hans et al. Přehled psychologie. Praha: Portál, 2000. Vyd. 2., opr. ISBN 80-7178-425-5

KOCOURKOVÁ, Jana; KOUTEK, Jiří. Sebeпоškození v adolescenci: narůstající problém? *Československá psychologie : časopis pro psychologickou teorii a praxi*. 2008, 52, 6, s. 609-614.

KOUKOLÍK, František; DRTILOVÁ, Jana. Vzpouza deprivantů. Nestvůry, nástroje, obrana. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-410-5.

KOUTEK, Jiří; KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování. Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9.

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

MATĚJČEK, Zdeněk. Co, kdy a jak ve výchově dětí. Vyd. 4. Praha: Portál 2007. - 143 s.:il. ISBN 978-80-7367-325-3

MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích. Praha: Portál, 2012. ISBN:978-80-262-0688-0.

NEŠPOR, Karel: Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X

NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 2. vydání. Praha: UJAK, 2010. ISBN 978-8086723-85-3.

PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebeпоškození: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7262-606-9.

POSPÍŠIL, Miroslav. Zlost, hněv, rozčilení, aneb jak ze slepé uličky krizové komunikace s dospělými a dětmi. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství psychologické odborné literatury, 1999. Vydání první. ISBN 80-238-4579-9

SVOBODA, Jan. Agrese a agresivita v předškolním a mladším školním věku. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0603-3

SVOBODA, Mojmír; ČEŠKOVÁ, Eva; KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 317 s. ISBN 80-7367-154-9.

TRPIŠOVSKÁ, Dobromila. Vývojová psychologie pro studenty učitelství. Ústí nad Labem: 1998, UJEP. ISBN 80-7044-207-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. Poruchy adaptace. Liberec: Technická univerzita, 1998. ISBN 80-7083-177-4

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vydání 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2008. 467 s. ISBN 987-80-246-0956-0.

VOJTOVÁ, Věra. Přístupy k poruchám chování a emocí v současnosti. Brno, 2009. PF MU, 2., přepracované vydání. ISBN 978-80-210-4573-6

INTERNETOVÉ ZDROJE:

BABÁKOVÁ, Libuše. Sebepoškozování v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi* 2003/4, s. 165-169. [online]. [cit. 2015-02-15]. Dostupné na WWW: <http://www.solen.cz/artkey/psy-200304-0005.php>

ČERNÁ, A., & ŠMAHEL, D. (2009). Sebepoškozování v adolescenci: kontext reálného versus virtuálního prostředí a subkultur Emo a Gothic. *E-psychologie* [online], 3(4), 26-

44 [cit. 2014-15-12]. Dostupný z WWW: <http://e-psycholog.eu/pdf/cernaetal.pdf> . ISSN 1802-8853.

HAWTON, Keith, et al. Deliberate self-harm in adolescents : self report survey in schools in England. *BMJ : helping doctors make better decisions* [online]. 2002, — 61 — vol. 325, no. 7374, [cit. 2015-01-08]. Dostupný z WWW: <http://www.bmj.com/content/325/7374/1207.full>

HECZKOVÁ, Leona. *Doktorka.cz : O zdraví a kráse* [online]. 2008 [cit. 2014-10-16]. Sebeпоškození a sebeubližování přibývá. Dostupné z WWW: <http://psychologie.doktorka.cz/sebeposkozovani-a-sebeublizovani-pribyva/>

JEDLIČKA, Miroslav: Sebeпоškození vězňů, aneb co všechno lze sníst. [online]. 2012, [cit. 2015-01-18]. Dostupné z WWW: <http://kriminalistika.eu/kuriozity/poskozovani.html>

KABÍČEK, Pavel. Syndrom rizikového chování v dospívání [online]. 2008, [cit. 2014-12-18]. Dostupný z WWW: <http://rodina-deti.doktorka.cz/syndrom-rizikoveho-chovani-v-dospivani/>

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J.: Autodestruktivní chování v adolescenci. Článek na Zdraví E15, Postgraduální medicína, on-line, 8. 2. 2013, [cit. 2015-02-11]. Dostupný z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/autodestruktivni-chovani-v-adolescenci-46895>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté revize MKN 10, aktualizovaná verze, platná k 1. 4. 2014, [cit. 2014-11-10]. dostupné na WWW: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Slovník cizích slov [cit. 2014-11-10] Dostupný z WWW: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/copingove-strategie>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), dostupný na WWW: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/X60-X84.html>

VANÍČKOVÁ, Eva: Prevence násilí ve výchově dětí. Příručka pro rodiče. Národní koordináční centrum prevence úrazů, násilí a podpory bezpečnosti pro děti FNM, Praha, on-line, 12. 2. 2014, [cit. 2015-02-11]. Dostupný z WWW: <http://nkcpu.cz/data/2014-12-02-02-34-53-Prevence-nasili-ve-vychove-deti.pdf>

SEZNAM ZKRATEK

DD ... dětský domov

DDÚ ... dětský diagnostický ústav

MKN ... mezinárodní klasifikace nemocí

NKCPU ... Národní koordinační centrum prevence úrazů, násilí a podpory bezpečnosti pro děti

SP ... sebepoškozování

ÚZIS ... Ústav zdravotních informací

DKC ... dětské krizové centrum

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Průběh epizody sebepoškozujícího chování.....	29
Obrázek 2 - Ilustrační foto (2014)	45
Obrázek 3 - Ilustrační foto (2014)	48
Obrázek 4 - Přehled celkového počtu umístěných dětí v DD a DDŠ v jihočeském regionu	55
Obrázek 5 - Ilustrační foto (2014)	56
Obrázek 6 – Chlapci se zkušeností se SP	58
Obrázek 7 – Dívky se zkušeností se SP	60
Obrázek 8 - Četnost výskytu sebepoškozování na pozorovaném vzorku.....	63
Obrázek 9 - Ilustrační foto (2014)	66

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Shrnutí definic sebepoškozování	19
Tabulka 2 – Přehled celkového počtu umístěných dětí v DD a DDŠ v jihočeském regionu	54
Tabulka 3 – Chlapci se zkušeností se SP	58
Tabulka 4 – Dívky se zkušeností se SP	60
Tabulka 5 – Četnost výskytu sebepoškozování na pozorovaném vzorku	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník	I
Příloha B – Doporučení	II

Příloha A – Dotazník

Dobrý den!

Většina z vás mě zná z dětského diagnostického ústavu v Homolích. Píšu práci na téma poškozování. Velmi by mi pomohlo, kdybyste mi vyplnili dotazníky, které vám rozdaly tety nebo vychovatelé. Dotazníky jsou krátké a nezaberou moc času. Přesto prosím, abyste jim věnovali potřebnou pozornost a odpovídali upřímně. Děkuji vám. Irena Divišová

1. Kolik je ti let? Zakroužkuj vhodnou odpověď.

méně než 10

10 - 12

13 - 15

16 - 17

více než 17 – kolik přesně? Napiš:

2. Jsi chlapec nebo děvče? Zakroužkuj vhodnou odpověď.

3. Chodíš k psychologovi nebo psychiatrovi? Pokud ano, zakroužkuj vhodnou odpověď.

Pokud ne, napiš NE.

4. Stalo se někdy, že jsi si sám ubližoval-ubližovala (řezání a podobně)? Zakroužkuj vhodnou odpověď: ANO – NE

5. Jakým způsobem sis ubližoval - ubližovala? Popiš:

6. Proč sis ubližoval-ubližovala? Popiš:

7. V kolika letech poprvé? Napiš věk:

8. Kdy naposled? Napiš:

9. Jak často? Jednou? Vícekrát? Napiš, kolikrát:

Příloha B – Doporučení

Doporučení pro pedagogy – „tety“, vychovatele, učitele

- Přijměte sebepoškozování především jako informaci o tom, že vám svěřené dítě trápí něco, co neumí samo vyřešit.
- Získejte co nejvíce informací o problému, bude pak snazší poskytnout dítěti podporu.
- Přemýšlejte o tom, co dítě prožívá, co cítí, co ho trápí. Nabídněte podporu, ale žádné kategorické rady.
- Dávejte dítěti jasně najevo svůj zájem.
- Mluvte s dítětem. Poslouchejte a nesuďte. Ptejte se, co ho potěšilo, co rozladilo, jaké má starosti. Nenuťte je do rozhovoru o tématech, kterým se snaží vyhnout. Rozhovor pouze nabízejte.
- Za sebepoškozování dítě netrestejte, nevyčítejte, nevydírejte! Situaci tím jen zhoršíte. Utvrdíte ho v tom, že mu nikdo nerozumí.
- Zkuste dítě zapojit do nových aktivit, ukázat mu, jak trávit volný čas, prožít něco hezkého.
- Nelekejte se víc, než je nutné. Sebepoškozování většinou není nepodařená sebevražda. Situaci ale také nepodceňujte. Dítě dává najevo, že se něco musí změnit.
- Sebepoškozování není rozmar.
- Řešte situaci s chladnou hlavou
- Pokud si nevíte rady a situaci se vám nepodaří zvládnout vlastními silami, obraťte se na odborníky v poradnách, na linkách důvěry, v krizových centrech.

Odborná pomoc při sebepoškozování:

Pedagogicko psychologická poradna

<http://www.modralinka.cz/>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Irena Divišová

Obor: speciální pedagogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Sebepoškozující chování dětí a mladistvých v institucionální výchově

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 67

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů českých použitých zdrojů: 31

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 8

Vedoucí práce: Mgr. Zbyněk Němec, Ph.D