

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky

**Sebepoškozování jako specifická forma návykového chování:  
ověření konceptu nelátkové závislosti**



**Bakalářská práce**

Autor: Lucie Horová Šímová, Dis.

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Datum předložení: 17.8.2010

Praha

### Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Jaroslavu Vackovi za odborné vedení mé práce, cenné rady a připomínky. Respondentům děkuji za pomoc a hlavně za ochotu při poskytnutí interview.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité  
informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Praze 17. srpna 2010

.....

podpis

Vysoká škola: **Univerzita Karlova v Praze**

Fakulta: **1. lékařská fakulta**

Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie

Školní rok: 2009/2010

### **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

Jméno: Lucie Horová Šimová, DiS.  
Obor: Adiktologie Rok imatrikulace: 2007  
Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek  
Oponent: Mgr. Petra Holcnerová  
Počet stran: 69  
Název bakalářské práce: Sebepoškozování jako specifická forma návykového chování: ověření konceptu nelátkové závislosti  
Deliberate Self-harm as a Specific Form of Addictive Behavior: A Concept of Non-substance Addiction Verification

#### **Abstrakt:**

Záměrné sebepoškozování představuje nutkavé jednání, které se vyskytuje zejména v období dospívání. Právě v tomto období se zvyšuje riziko experimentování a riskování v oblasti chování. Dospívající jedinec je tak vystaven mnoha rizikům a nebezpečím, kterým musí čelit a bojovat s nimi. Není-li na tyto okolnosti jedinec předem dostatečně připraven, může jim velmi snadno podlehnout. Sebepoškozování se pak pro dospívajícího často stává nástrojem na zvládnutí nebezpečných vlivů a nepříjemných pocitů. Přetrvávat může i několik let a sebepoškozování tak může v mnohých případech přerůst v jakousi formu „závislosti“. Cílem práce je popsat fenomén záměrného sebepoškozování jako jednu ze specifických forem návykového chování, ověřit tak koncept nelátkové závislosti a poukázat na některé společné či podobné znaky se závislostmi látkovými.

**Klíčová slova:** sebepoškozování – sebepoškozující chování - sebeubližování - návykové chování - nelátková závislost - závislost

**Abstract:**

Deliberate self-harm presents a compulsive behavior which is most common especially during adolescence. The risk of behavior experimenting and hazarding increases mainly during this period. Adolescent is put at danger of several risks and dangers and has to deal with them. In the case adolescent is not prepared to deal with such circumstances in advance, he or she could truckle to it. Therefore the self-harm for adolescents very often becomes an instrument for managing of dangerous effects and unpleasant feelings. It should persist for several years thus self-harm in many cases may get beyond as a sort of addiction. The aim of this paper is to describe a phenomenon of deliberate self-harm as one of specific forms of addicted behavior; to verify concept of non-substance behavior and to point to some common or similar characters with substance-addictions.

**Key words:** self-harm – self-injury behavior – self-mutilation – addicted behavior – non-substance behavior - addiction

## Obsah

1	Úvod.....	8
2	Koncept sebepoškozování.....	9
2.1	Historie pojmu .....	9
2.2	Vymezení pojmu.....	10
2.2.1	Definice.....	10
2.2.2	Klasifikace a charakteristika záměrného sebepoškozování.....	12
2.3	Diagnostika.....	13
2.3.1	Sebepoškozování v kontextu psychiatrických poruch.....	14
2.3.2	Sebepoškozování jako samostatně diagnostikovatelná porucha...	15
2.4	Sebepoškozování jako návykové chování .....	16
2.4.1	Vznik sebepoškozování .....	18
2.4.1.1	Ohrožená skupina adolescentů .....	18
2.4.1.2	Sebepoškozování jako copingová strategie.....	19
2.4.2	Průběh sebepoškozování.....	20
2.4.2.1	Repetitivní povaha sebepoškozování .....	21
2.4.3	Návykový model sebepoškozování .....	22
2.4.4	Diagnostická kritéria.....	24
2.4.5	Dotazník organizace Self Mutilators Anonymous .....	27
2.5	Etiologie .....	28
2.6	Terapeutický přístup .....	31
3	Výzkum sebepoškozování .....	32
3.1	Cíl práce.....	32
3.2	Výzkumné otázky .....	32
3.3	Popis metodologického rámce a metod .....	33
3.4	Výzkumný soubor .....	34
3.4.1	Popis získání výzkumného souboru .....	34
3.4.2	Etická pravidla.....	35
3.4.3	Kritéria pro nominaci .....	35
3.4.4	Soubor pro kvantitativní průzkum.....	35
3.4.5	Soubor pro kvalitativní průzkum .....	38
3.5	Výsledky.....	39
3.5.1	Závislost na sebepoškozování .....	39
3.5.1.1	Data získaná z dotazníku .....	40
3.5.1.2	Data získaná z rozhovorů.....	40

3.5.2	Výskyt diagnostických kritérií .....	42
3.5.2.1	Data získaná z dotazníku .....	42
3.5.2.2	Data získaná z rozhovorů .....	44
3.5.2.2.1	Nadměrné zaujetí sebepoškozováním .....	44
3.5.2.2.2	Častější potřeba uspokojení .....	45
3.5.2.2.3	Intenzivnější sebepoškozování .....	45
3.5.2.2.4	Neúspěšné pokusy ukončit sebepoškozování .....	47
3.5.2.2.5	Nervozita při pokusu omezit nebo ukončit .....	48
3.5.2.2.6	Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů .....	49
3.5.2.2.7	Lhaní k zatajení sebepoškozování .....	50
3.5.2.2.8	Sebepoškozování jako únik .....	51
3.5.3	Motivy opakovaného sebepoškozování .....	52
3.5.3.1	Data získaná z dotazníku .....	52
3.5.3.2	Data získaná z rozhovoru .....	52
3.6	Diskuze .....	54
3.7	Závěr .....	56
	Seznam literatury .....	57
	Příloha .....	58

## 1 Úvod

Sebepoškozování je téma, o kterém se příliš nemluví, společnost tak může nabýt dojmu, že se jedná o jev spíše ojedinělý. Řada studií však potvrzuje rostoucí trend záměrného sebepoškozování a uvádí alarmující čísla sebepoškozujících se jedinců, zejména v období adolescence. Právě v tomto období je jedinec vystaven mnoha rizikům a nebezpečím, s kterými se setkává každý den. Dospívající jedinec jim musí čelit a bojovat s nimi. Není-li na tuto situaci předem dostatečně připraven, může tomuto „kontaktu“ snadno podlehnout. Mezi významná ohrožení dnešní doby patří především kontakt s drogou. Je třeba si ale uvědomit, že stejně tak jako se může dospívající ocitnout ve skupině mladých lidí ohrožené užíváním návykových látek, se může ocitnout také „v zajetí“ sebepoškozujícího chování. Kriegellová (2008) uvádí rostoucí výskyt také u adolescentů v České republice a zároveň poukazuje na velmi nízkou informovanost laické i odborné veřejnosti.

Pro společnost je sebepoškozování velké tabu, které v řadě lidí vyvolává nepříjemné reakce. Aniž by znali příčinu takového chování, vytváří si o něm své představy, které jsou často mylné a nepochopitelné. Sebepoškozujícího jedince tak často odsuzují a dívají se na něj velmi negativně. Málo koho napadne, že sebepoškozování může být jen způsob vypořádávání se s určitou situací. Právě v období dospívání se jedinec dostává opakovaně do situací, které ho ohrožují a které neumí řešit, a tak často reaguje neadekvátně. Sebepoškozování tak může sloužit jako prostředek ke zvládnutí zátěže, který přináší pocity úlevy a uvolnění. Tento způsob chování ale může přetrvávat i několik let. Z tohoto důvodu se dává často do souvislosti s návykovým chováním. Kocourková (2003) se o sebepoškozování zmiňuje právě jako o návykové poruše, jejíž vzorec má tendenci se opakovat, podobně jako je tomu u jiných návykových projevů. Jako příklad uvádí zneužívání návykových látek.

Tato práce si klade za cíl popsat fenomén záměrného sebepoškozování jako jednu ze specifických forem návykového chování, ověřit tak koncept nelátkové závislosti a poukázat na některé společné či podobné znaky se závislostí látkovou.



## 2 Koncept sebepoškozování

### 2.1 Historie pojmu

Historie sebepoškozování sahá do daleké minulosti. První zmínku o tomto chování najdeme už v Bibli. Poškození sebe sama bez záměru zemřít bylo součástí mnoha náboženských obřadů a rituálů, kdy byla tekoucí krev vnímána jako očišťující prostředek. I dnes vnímají jedinci své sebepoškozující chování jako nástroj k očištění, především ale k očištění své mysli od všech negativních myšlenek, s cílem zvládnout psychicky vypjaté situace a navodit si pocit uvolnění.

V psychiatrické literatuře se pojem sebepoškozování objevil teprve v devatenáctém století. Zlom, kdy se sebepoškozujícímu chování začala věnovat větší pozornost ze strany psychologů a psychiatrů, nastal v minulém století. O problému záměrného sebepoškozování se jako první zmínil L.E.Emerson ve své případové studii publikované již v roce 1913, kde považoval sebeřezání jako symbolickou náhradu pro masturbaci.

V roce 1935 tento termín znovupoužil Karl Menninger ve svém článku "A psychoanalytic study of the significance of self-mutilation", kde přeformuloval Emersonovu konceptuální definici sebepoškozování. Jeho studie o sebedestruktivním chování začala jako první rozlišovat rozdíly mezi sebevražděným chováním a sebepoškozováním. Pro Menningera představovalo sebepoškozování nezávažné vyjádření zmírněného přání zemřít, a proto vytvořil termín částečná sebevražda.

Teprve v roce 1987 vyšla na toto téma první psychiatrická monografie s názvem: „Bodies Under Siege: Self Mutilation in Culture and Psychiatry“, jejíž autorem je Armando R. Favazza. Americký psychiatr průkopník v problematice sebepoškozování, který jako první klasifikoval sebepoškozující chování a jednoznačně oddělil pojmy záměrného sebepoškozování a sebevražděného jednání. Favazza (1996) považuje záměrné sebepoškozování jako patologickou formu svépomoci, jejíž cílem je dosáhnout dočasného zmírnění úzkostných symptomů a znovu získat kontakt se světem.

Zvyšující se výskyt případů sebepoškozujícího chování však postupně vzbudil zájem řady dalších odborníků, s cílem vytvořit co nejefektivnější postupy v léčbě a poskytnout lepší informovanost širší veřejnosti. Kriegelová (2008) uvádí, že výskyt záměrného sebepoškozování se zjevně zvyšuje i v České republice. Autorka

však uvádí, že i přes zvýšenou pozornost veřejných médií o tuto problematiku, je informovanost laické i odborné veřejnosti stále spíše nízká.

V současné době existují na toto téma v České republice pouze 2 monografie (Kriegelová, 2008; Platznerová, 2009), dále pak několik kapitol věnovaných této problematice v řadě odborných publikací (např. Koutek, Kocourková, 2003; Malá, Bečvářová, 2007), několik odborných článků (např. Babáková, 2003; Praško, Hermann, Doubek, 2003), a dalších publikovaných textů zpracovávajících téma sebepoškozování v různých kontextech (např. Kocourková, 2003; Malá, 2006). Na toto téma byla také napsána řada absolventských prací, z nichž některé mají velmi dobrou informativní hodnotu (např. Černá, 2008; Kolář, 2007).

## **2.2 Vymezení pojmu**

### **2.2.1 Definice**

V psychiatrii je sebepoškozování nejčastěji označováno jako komplexní autoagresivní chování, jehož důsledkem je narušení vlastní tělesné integrity, bez záměru spáchání sebevraždy. Toto jednání může být sice u jedince spojeno s myšlenkami na smrt, ta však není ve většině případů záměrným cílem jeho chování (Platznerová, 2009).

Literatura však v závislosti na přístupech různých autorů a na základě odlišně užívaných pojmů pro jednotlivé druhy sebepoškozujícího chování uvádí rozdílné definice sebepoškozování. Jednoznačná definice pojmu sebepoškozování je tedy neshodná a velmi problematičná. „Jelikož stále neexistuje mezinárodně uznávaný konsenzus na definici záměrného sebepoškozování, setkáváme se v této oblasti se značnou rozmanitostí“ (Kriegelová, 2008, s. 17).

Sebepoškozování tak bývá v různé odborné literatuře označováno více termíny (např. Self-mutilation, Self-injurious behaviour, Deliberate self-harm, Parasuicide, Self-cutting), a s nimi se liší i jednotlivé definice.

Stručný přehled některých definic sebepoškozování a jejich různorodost uvádí tabulka 2.1.

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

**Tab. 2.1** *Přehled definic záměrného sebepoškozování (Kriegelová, 2008, s.18)*

Z výše uvedených definic sebepoškozování se jen některé zmiňují o repetitivní povaze sebepoškozujícího chování, která představuje důležitý faktor u rizika neúmyslné sebevraždy (Kriegelová, 2008), ale také hraje roli při vzniku návykového

chování. Pro účely této práce pokládám za nejvhodnější pojetí sebepoškozujícího chování výše uvedené definice Herpetza (1995) a Suyemota (1998).

Podobně sebepoškozování definuje také česká autorka Kocourková (2003, s.74). Kocourková uvádí, že „sebepoškozování (self-harm, self-injury, self.wounding) je termín, který je nejčastěji spojován s vědomým, záměrným, *často opakovaným sebepoškozováním* (sebezraňováním) bez vědomé suicidální motivace, v němž dochází k narušení tělesné integrity, bez závažného letálního dosahu“.

I přesto, že se v literatuře definice záměrného sebepoškozování liší, Kriegelová (2008, s.18) potvrzuje, že „většina z nich respektuje základní klíčové komponenty (chování, které jedinec vykonává sám sobě, je záměrné a cílené, je fyzicky násilné, ale není suicidálního charakteru)“.

### **2.2.2 Klasifikace a charakteristika záměrného sebepoškozování**

Sebepoškozující chování se v dnešní době v určité formě, zejména díky módě tetování a piercingu, stává trendem. Trendem, jehož charakter může být čistě ozdobný, ale také se může jevit jako znamení příslušnosti k určité sociální vrstvě či skupině. Mnoho zásahů do lidského těla se tak postupně stalo společensky přijatelnými a nejsou považovány za patologické.

S patologickým sebepoškozujícím chováním se pojí několik termínů. Specifikací jednotlivých termínů a klasifikací sebepoškozujícího chování se zabývá Kocourková (Koutek, Kocourková, 2003). Kocourková člení problematiku sebepoškozujícího chování na pět základních termínů uvedených v tabulce 2.2.

Ve své práci se budu zabývat především termínem Self-harm (sebepoškozování), který svou povahou nejlépe vyjadřuje jevy popisované v této práci. Jak zmiňuje výše uvedená definice Kocourkové (2003), „*jedná se o vědomé, záměrné, často se opakující sebepoškození ...*“. Může se jednat o řezná poranění kůže, zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, škrábance, vyřezávání znaků do kůže, způsobené ostrými předměty (např. žiletkou, sklem) či o popálení způsobené cigaretou nebo zapalovačem. Kocourková (2003, s.74) také uvádí, že toto opakované sebepoškozování „je považováno za jeden ze znaků narušené osobnosti, nejčastěji hraničního charakteru“. Poznává také, že termín sebepoškozování (Self-harm) koncipují někteří autoři spíše jako návykovou poruchu než jako znak specifické poruchy osobnosti, na které je sebepoškozování dle psychiatrické literatury často vázáno.

Způsoby sebepoškození podle Kocourkové (2003)		
Způsoby sebepoškození	Termíny (in orig.)	Popis sebepoškozujícího chování
Automutilace	„self-mutilation“	Jedná se o sebepoškození vycházející nejčastěji z psychotické poruchy. Může mít symbolický význam. Vyskytuje se u pacientů se schizofrenním typem poruchy, u sexuálních sadomasochistických praktik, u osob s poruchou osobnosti.
Sebepoškození	„self-harm“ „self-injury“ „self-wounding“	Jedná se o vědomé, záměrné, často se opakující sebepoškození bez vědomé suicidiální motivace a bez vážného letálního dosahu. Vyskytuje se u narušení osobnosti, nejčastěji hraničního charakteru.
Syndrom záměrného sebepoškození	„deliberate self-harm“	Představuje širší pojetí sebepoškozujícího chování, vyčleněného z kategorie suicidiálních pokusů. Vyskytuje se u poruch osobnosti, u poruch příjmu potravy a u závislostí na návykových látkách.
Syndrom pořezaného zápěstí	„wrist-cutting“ „slashing“	Dominuje zde pořezávání, hlavně zápěstí a předloktí. Nejde o vědomý suicidiální projev.
Předávkování léky	„self-poisoning“ „overdosing“	Neindikované, nadměrné užití dávky léků, bez zřejmého suicidiálního úmyslu. Často jde o opakované chování.

Tab. 2.2 Způsoby sebepoškození podle Kocourkové (Kriegelová, 2008, s. 28)

### 2.3 Diagnostika

Dříve bylo sebepoškození vnímáno pouze jako součást psychiatrické diagnózy. Tento postoj byl postupně kritizován, i přesto ale převažuje mezi některými psychiatry dodnes. Najdou se však autoři, kteří o sebepoškození hovoří spíše jako o copingové strategii, kdy psychická porucha nemusí být přítomna.

Doubek (2007) uvádí, že sebepoškození můžeme dělit na patická, jež jsou důsledkem duševní choroby a na bilanční, která svou podstatou směřují k dosažení výhod nebo uniknutí z nějaké situace (Praško et al., 2007).

### 2.3.1 Sebepoškozování v kontextu psychiatrických poruch

V psychiatrické literatuře se setkáváme s informací, že celkově u 4% všech psychiatrických pacientů se vyskytuje nějaká forma sebepoškozování, tj. asi 50krát častěji než v běžné populaci (Kocourková, 2003). Babáková (2003) z klinického hlediska uvádí dva typy sebepoškozujícího chování. V prvním případě se zmiňuje o sebepoškozování spojeném s pobytem v ústavních zařízeních (ve výchovných a léčebných zařízeních a vězeních; Kocourková přidává i internáty), jenž je charakterizováno snahou jedince o skupinovou identifikaci a získáním určitého statusu. Někteří autoři (např. Babáková, 2003; Malá, Bečvářová, 2007) mluví o tzv. „epidemii“, která se v těchto zařízeních vyskytuje v podobě psychické nákazy.

V druhém případě Babáková zmiňuje sebepoškozování vázané na poruchy osobnosti. Řada autorů považuje sebepoškozování za jeden ze znaků některé specifické poruchy osobnosti. Platznerová (2009) se odvolává na klasifikace DSM-IV a MKN-10, které uvádějí sebepoškozování jako příznak či diagnostické kritérium jedině u hraniční poruchy osobnosti, poruchy se stereotypními pohyby (asociovaná s mentální retardací a autismem) a u předstírané poruchy s přítomností snahy simulovat tělesnou nemoc. Platznerová nesouhlasí se zařazením sebepoškozování do klasifikace psychiatrických nemocí jako samostatné nozologické jednotky, uvádí, že je téměř nemožné oddělit akt sebepoškození od další psychopatologie poškozující se osoby. Podle Kriegelové (2008) jsou u sebepoškozujících jedinců nejčastěji diagnostikovanými duševními poruchami hraniční typ emočně nestabilní osobnosti, posttraumatická stresová porucha (nejčastěji fyzické či sexuální zneužívání v dětství, znásilnění či závažné zanedbávání rodinné péče) a porucha kontroly impulzů. Autorka také konstatuje, že záměrné sebepoškozování bývá u jedince často přítomno i bez jasné psychopatologie.

Sebepoškozování je však dáváno do souvislosti i s řadou dalších psychiatrických diagnóz. Až na ojedinělé případy se sebepoškozující chování nevyskytuje samostatně. Babáková (2003) i Yamamotová (2005) sice uvádějí, že sebepoškozující chování se objevuje až u 70-80% pacientů s hraniční poruchou osobnosti, ale dále sebepoškozování zmiňují i u pacientů s antisociálním chováním, disociativními poruchami osobnosti či poruchami příjmu potravy. Objevuje se také častá komorbidita s depresemi, bipolární poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou (Platznerová, 2009). Výskyt opakovaného sebepoškozování v anamnéze jedince představuje také závažný rizikový faktor pro suicidální pokus v budoucnosti (Favazza,

1996), a to i přesto, že suicidální úmysl při sebepoškození hodnotí někteří odborníci spíše jako výjimečný (např. Kocourková, 2003). V literatuře se setkáme s dvěma pohledy na sebepoškozující chování – jeden odděluje sebepoškození od suicidálního chování, druhý jim připisuje vzájemný vztah. Kriegelová (2008, s. 98)) uvádí, že podle Favazzy (1998) může k suicidálnímu pokusu u opakovaně sebepoškozujícího chování dojít ze dvou důvodů – „Prvním je nehoda, kdy jedinec neodhadne míru poškození a dojde k úmrtí. Druhým důvodem může být sociální ostrakismus, kdy je jedinec natolik svým okolím ignorován a vyloučen z interakce, že se může ze zoufalství pokusit o sebevraždu“.

Sebepoškození v komorbiditě s psychiatrickými poruchami představuje obtížné případy v klinické praxi. Hlavním problémem je nejasnost, zda psychická nemoc může zvýšit pravděpodobnost záměrného sebepoškození nebo naopak sebepoškození zvyšuje riziko vzniku psychických problémů.

### **2.3.2 Sebepoškození jako samostatně diagnostikovatelná porucha**

Kritika souvislosti sebepoškozujícího chování s osobnostní patologií přinesla nový pohled na danou problematiku. Odborníci se zaměřili na zjišťování, zda je sebepoškození, tak, jak ho vnímají, samostatnou diagnózou, anebo jestli spadá pod již vytvořené kategorie v rámci platných klasifikací duševních poruch. S předpokladem, že jde o samostatnou diagnózu, se již několik let snaží o zakotvení problematiky sebepoškození v mezinárodních klasifikacích jako samostatně diagnostikovatelné poruchy.

V současné době se u nás používají dvě klasifikace duševních poruch, a to Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, která je oficiální klasifikací ve většině zemí Evropy, a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti DSM-IV. I přesto, že „někteří odborníci jako prozatímní řešení nabízejí stanovit v případě repetitivního SP diagnózu Impulzivní porucha blíže nespecifikovaná (ekvivalent F63.9, Návykové a impulzivní poruchy nespecifikované v MKN-10)“ (Platznerová, 2009, s. 54), záměrné sebepoškození doposud není uznávané jako svébytná diagnostická kategorie v žádném klasifikačním systému.

Kriegelová (2008, s. 39) se odkazuje na Suttonovou (2005) s tím, že „pravděpodobně se tak stane v rámci plánované modernizace klasifikačního systému DSM-V v roce 2010“. S prvním návrhem na zařazení záměrného sebepoškození do víceosé diagnostiky DSM přišli Pattison a Kahan (1983), nevedli však návrh na konkrétní zařazení. Sebepoškození jako samostatně diagnostikovatelnou duševní

poruchou se dále zabývali autoři Favazza, Rosenthal (1993) a Turner (2002), kteří se shodují na zařazení pod Osa I – Porucha kontroly impulzů jinde neklasifikovaná (Kriegelová, 2008). I tady se v závislosti na různých přístupech autorů setkáváme s nejednotností termínů užívaných pro záměrné sebepoškozování, uvedených v tabulce 2.3.

<b>Návrhy na zařazení záměrného sebepoškozování do víceosé diagnostiky DSM</b>		
<b>Autor</b>	<b>Termín</b>	<b>Zařazení pod:</b>
Pattison, Kahan, 1983	Deliberate Self-Harm Syndrome	neuvedeno
Favazza, Rosenthal, 1993	Repetitive superficial or moderate self-mutilation syndrome	Osa I – Porucha kontroly impulzů jinde neklasifikovaná
Turner, 2002	Self-Injurious Behaviour Syndrome	Osa I – Porucha kontroly impulzů jinde neklasifikovaná

**Tab. 2.3** Návrhy na zařazení záměrného sebepoškozování do víceosé diagnostiky DSM (Kriegelová, 2008, s. 39)

Cílem odborníků vytvořit záměrné sebepoškozování jako samostatně diagnostikovatelnou poruchu je především co možná nejpřesnější vymezení sebepoškozujícího chování, vytvořit tak mezinárodně uznávaný konsenzus na definici sebepoškozování, sjednotit terminologii a vytvořit samostatná diagnostická kritéria. Diagnostika sebepoškozování jako samostatné poruchy by pak měla přinést dostatek informací, na jejichž základě můžeme navrhnout a realizovat účinnou terapeutickou strategii, ale také objasnit jakou úlohu má sebepoškozování v životě jedince.

## **2.4 Sebeпоškozování jako návykové chování**

Někteří autoři se zmiňují o konceptu sebepoškozování jako o návykovém typu poruchy (addiction) (např. Kocourková, 2003; Malá, 2007; Turner, 2002). Poukazují na sebepoškozování jako na jev často se opakující a dlouhodobě trvající, stejně jako u jiných návykových problémů. I sami sebepoškozující tento koncept potvrzují, řada z nich často popisuje pocit „závislosti“ na sebepoškozování. Pojem závislosti se však v běžné mluvě používá často a v různých souvislostech. I tak je ale třeba ji v souvislosti se záměrným sebepoškozováním nepodceňovat a věnovat jí větší pozornost.

Abychom se mohli zabývat otázkou existence závislosti na sebepoškozování, je třeba vycházet z odborné definice závislosti. Přesnou definici závislosti nabízí 10.



revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2009, s. 193), která popisuje syndrom závislosti jako „soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav“. Syndrom závislost můžeme definitivně diagnostikovat pouze při výskytu tří nebo více diagnostických kritérií. Dále MKN-10 vymezuje, že syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí tedy závislost vzniká pouze na psychoaktivních látkách.

Pro srovnání můžeme využít i definici závislosti podle DSM-IV, jenž vymezuje závislost v případě, že pacient vykazuje alespoň tři ze sedmi následujících příznaků za období jednoho roku:

- „1. růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování);
2. odvykací příznaky po vysazení látky;
3. přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu;
4. dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky;
5. trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků;
6. zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení;
7. pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky“ (Nešpor, 2000, s. 26).

Obě výše uvedené definice závislosti jsou si velmi podobné a jednoznačně z nich vyplývá, že v případě sebepoškozování nelze mluvit o závislosti v pravém slova smyslu. Vzhledem k povaze sebepoškozujícího chování je tedy namístě spíše mluvit o návykovém chování než o „závislosti“, jak ji popisují sami sebepoškozující jedinci.

Proto, abychom se mohli dále zabývat sebepoškozováním jako návykovým typem poruchy, je třeba blíže nahlédnout na samotný vznik a průběh sebepoškozujícího chování.

#### **2.4.1 Vznik sebepoškozování**

V současné době představuje problém sebepoškozování jeden ze sociálně patologických jevů, který je nejvíce rozšířen u adolescentů (např. Kriegelová, 2008; Platznerová, 2009; Turner, 2002). Řada autorů (např. Malá, Bečvářová, 2007; Turner, 2002) také adolescenci vnímají jako predilekční věk začátku sebepoškozujícího chování. Věková hranice, kdy jedinec se sebepoškozováním začíná se v závislosti na autorech liší. Kriegelová (2008) zmiňuje některé původní studie (Favazza, 1987; Favazza, Conterio, 1989), které udávají výskyt první epizody sebepoškozování kolem 14. roku. Levenkron (1998) považuje za období vzniku záměrného sebepoškozování věk 13 let (Kriegelová, 2008). Platznerová (2009) uvádí jako typický začátek sebepoškozujícího chování dle Yates (2004) ve věku od 12 do 15 let. Podle Kriegelové některé studie (Sutton, 2005; Nichols, 2002; Conterio et al., 1998) podotýkají, že počátek problému sebepoškozování se stále posouvá směrem k nižší věkové hranici.

##### **2.4.1.1 Ohrožená skupina adolescentů**

I přesto, že případy sebepoškozování můžeme najít mezi lidmi různého věku, z mnoha šetření a studií vyplývá, že v období adolescence je výskyt sebepoškozujícího chování nejvyšší. Richardson (2006) popisuje nejčastější výskyt sebepoškozujícího chování mezi lidmi ve věku 12 až 25 let. Vymezit si věkové ohraničení období adolescence pro tuto práci je vzhledem k individuálnímu vývoji jedince a pojetí různých autorů nesnadné. Obecně lze však předpokládat, že období adolescence je vymezeno jako období mezi dětstvím a dospělostí a trvá od 10-11 let do 20 let, i déle (Macek, 2003).

Jedním z důvodů, proč nejvíce ohroženou skupinou se sklonem k sebepoškozování jsou vnímáni právě adolescenti je ten, že přechod z dětství do dospělosti patří k nejkomplicovanějším obdobím lidského života. V adolescenci, kdy vrcholí proces dospívání, se jedinec připravuje na velké změny ve svém životě.

Nakupení mnoha změn v poměrně krátkém časovém úseku však vytváří z dospívání období plné překážek, které je velmi citlivé, neklidné a mnohdy bývá také velmi bouřlivé. Přecitlivělost, podrážděnost a zvýšená emoční labilita bývají často viníky nepřiměřených reakcí dospívajícího jedince. Dospívající jim musí čelit a bojovat s nimi. Není-li na tuto situaci předem dostatečně připraven, může jim snadno podlehnout. Dříve než dokáže tyto emoce jedinec ovládnout, ovládnou ony jeho. A právě neschopnost dospívajícího adekvátně regulovat své kolísavé emoce je jedním z faktorů, nejčastěji se podílejících na vzniku sebepoškozujícího chování.

Kriegelová (2008) uvádí i další rizikové faktory zmiňované autorkami Conteriová, Laderová a Bloomová (1998). Podle nich k záměrnému sebepoškozování dochází zejména v situaci osamostatňování se a vymezování sebe sama vůči okolí. Dle Eriksona je fáze dospívání charakterizována hledáním a vytvářením vlastní identity. Dospívání je obdobím, kdy jedinec hledá a buduje sám sebe a vytváří si své místo ve společnosti. Podle Vágnerové (2005) dochází v tomto období k určitému posunu směrem k introverzi. Dospívající bývají uzavřenější a nedůvěřivější než byli dříve. V rámci budování vlastní identity a hledání té nejlepší pozice dospívání, zkoušejí jedinci různé role, aby poznali, která je pro ně nejvýhodnější. Dospívající hledá odpověď na řadu základních otázek: „Kdo jsem?“, „Jaký jsem?“, „Jaký je smysl mého života?“ apod. Znamená to dobře poznat sama sebe, své možnosti, hranice, přijmout svoji jedinečnost i s některými omezeními a nedostatky, což může být pro dospívající jedince obtížné. „Tlak na změnu sebepojetí, tj. vlastní identity, je zpravidla prožíván jako zátěžová situace“ (Vágnerová, 2005, s. 259). Dospívající jedinec se těmto zátěžovým situacím snaží čelit a později i předcházet řadou vyrovnávacích strategií. V období dospívání však ještě nemá jedinec dostatek zkušeností s řešením problémů a překonávání životních překážek, a tak základním problémem souvisejícím se vznikem zátěže u dospívajícího často bývá snížená schopnost se s touto zátěží vyrovnávat.

#### **2.4.1.2 Sebepoškozování jako copingová strategie**

Vyrovnávací neboli copingová strategie slouží jedinci ke zvládnutí náročných životních situací. Jedinec se v období dospívání opakovaně dostává do situací, které neumí řešit a které ho ohrožují, a tak často reaguje neadekvátně. Kriegelová (2008, s. 105) uvádí, „že sebepoškozování se může zdát neadekvátním, sebedestruktivním způsobem řešení problémů, a tak ho lze chápat jako maladaptivní, ovšem například ve složité bezvýhodné životní situaci může představovat prevenci suicida, tedy vysoce adaptivní strategii přežití“. Z tohoto pohledu můžeme sebepoškozování vnímat jako

život zachraňující copingovou strategií, jejíž hlavním cílem je vyrovnání se se zátěží a zbavení se tak nepříjemného psychického prožívání.

Kriegelová (2008) se ve své knize zmiňuje o teorii „tlakového hrnce“ („Pressure Cooker Theory“) prezentovanou autorkami Conterio, Lader, Bloom (1998), kdy se jedinec záměrně sebepoškozuje za účelem „snížení teploty“ („turn down the heat“). Výsledkem je odplavení nepříjemných pocitů a uvolnění, „pokud by k němu nedošlo, jedinci často uvádějí, že by „explodovali““ (Kriegelová, 2008, s. 107). Dospívající jedinec si tak v danou chvíli nepřipouští příjemnější a efektivnější copingovou strategii, která by mu v této situaci pomohla. Vlastní způsob řešení považuje za jediný správný.

#### **2.4.2 Průběh sebepoškozování**

Stejně jako při vzniku sebepoškozujícího chování, tak i při jeho průběhu hraje roli řada mechanismů. Kocourková (2003, s. 76) uvádí, že „u osob, které se sebepoškozují, hraje často důležitou úlohu precipitující událost (nejčastěji ztráta významné vazby), kterou nelze vyřešit adaptivním způsobem a která specificky stimuluje rozvoj pocitů bezmoci, lítosti, vzteku, křivdy a přání pomstít se“. Agrese se podle Kocourkové obrací vůči vlastnímu tělu. Sebepoškozování je pak reakcí jedince na nepříjemné pocity, jehož hlavním cílem je útěk z reality a navození úlevy. Silnou tenzi spojenou s psychickou bolestí a silnými pocity nereálnosti, vystřídá prožitek uvolnění a znovupocitování reality (Kriegelová, 2008). Vytékající krev z rány může pro jedince mít očišťující charakter a symbolicky představovat odtékání negativních emocí z těla ven. Vzniklý pocit úlevy, navozený vyplavením endorfinů tak krátkodobě uvolní tenzi a zlepší jedinci náladu, „která opět rychle klesá při pocitech viny z existence nových poranění“ (Kriegelová, 2008, s. 123).

Podle Kocourkové (2003) se na sebepoškozování podílejí mechanismy psychosociální i biologické povahy, které mají vliv na průběh a udržování poruchy. Průběh sebepoškozování je podle ní charakteristický určitými po sobě následujícími znaky, uvedenými na obrázku 2.1.



**Obr. 2.1** Průběh aktu sebepoškozování podle Kocourkové (2003) (Kriegelová, 2008, s. 124)

Sebepoškozování tedy poskytuje jedinci rychlou úlevu od aktuální tenze a stresu, avšak pouze dočasnou. Tyto silné a nepříjemné pocity se za nějakou dobu znovu objeví a dospívající jim musí opět čelit. V případě, že jedinec neobjeví jinou vyrovnávací strategii, opětovně zvolí sebepoškozování. Tato copingová strategie pak může mít tendenci přetrvávat.

#### 2.4.2.1 Repetitivní povaha sebepoškozování

Opakované sebepoškozování je popisováno jako jedna ze základních charakteristik záměrného sebepoškozování. Platznerová (2009) poukazuje na studii autorů Hawtona a Heeringena (2000), která uvádí, že riziko opakování sebepoškozujícího chování je extrémně vysoké. Podle autorů až u 40% osob se sebepoškozující zkušeností dochází k opakování tohoto chování, u 13% dokonce v průběhu roku po prvním aktu. Frekvence opakujícího se sebepoškozování je udávána různě. Kriegelová (2008) shrnuje poznatky Suttonové (2005), která uvádí, že frekvence se liší od několika epizod denně, přes jednu nebo dvě za měsíc, až po například tři epizody za posledních šest měsíců. Nejčastější frekvence sebepoškozujícího chování je podle ní dvakrát až třikrát týdně.

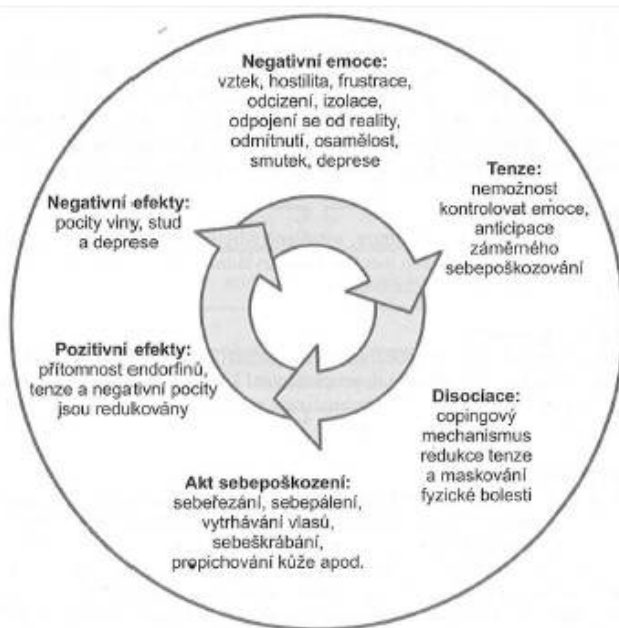
Kriegelová (2008) ve své knize odkazuje na Suttonovou (1999), která ve své studii zjistila, že 27% jedinců se sebepoškozujícím chováním potýkalo déle než 20 let, 19% se poškozovalo po dobu 10-20 let, 24% podobu 5-10 let a 30% jedinců se poškozovalo méně než 5 let. Z jejich výsledků vyplývá, že přestat se záměrným sebepoškozováním není pro jedince jednoduché.

Richardson (2006) uvádí informaci, že řada jedinců, kteří se rozhodli pro řešení svých problémů zvolit cestu sebepoškozování, věřili, že se bude jednat pouze o jedinou epizodu a že se nebude víckrát opakovat. Sebepoškozování však jejich problémy nevyřešilo a nepříjemné pocity se dostavily znovu, to pak vedlo k dalším aktům sebepoškozování.

### **2.4.3 Návykový model sebepoškozování**

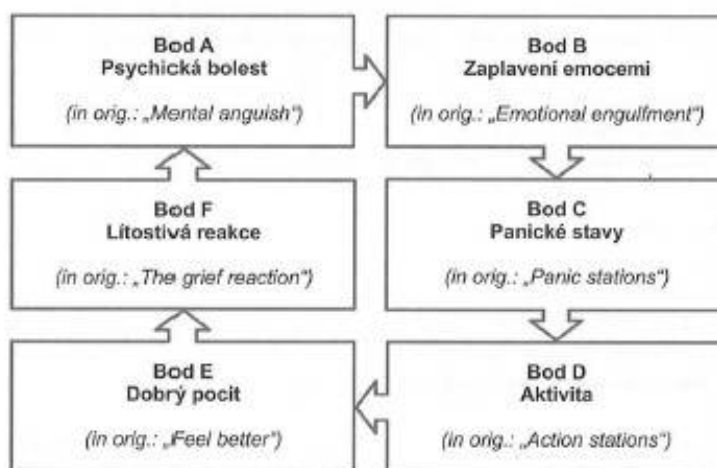
Kriegelová (2008) hovoří o záměrném sebepoškozování jako o neohraňčeném aktu. Jedná se podle ní o cyklus neustále se opakujícího vzorce. Ve své knize Kriegelová předkládá dva cyklické modely záměrného sebepoškozování od autorek Aldermanové (1997) a Suttonové (2005; 1999).

Aldermanová vytvořila návykový model záměrného sebepoškozování, jehož prostřednictvím se snaží vysvětlit repetitivní povahu sebepoškozujícího chování. Podle obrázku 2.2 si můžeme všimnout, jak její cyklický model funguje. Začátek cyklu je označen přítomností negativních pocitů, pramenících z různých zdrojů. Autorka rozděluje emoce do tří kategorií (vzteky, hostilita, frustrace; odcizení, izolace, odpojení se od reality, odmítnutí a osamělost; smutek a deprese). Tento stav nutí jedince k uvolnění těchto emocí. Jedinec volí sebepoškození jako jedinou cestu úniku a kontroly vlastních emocí. Okamžitě nastupuje pocit úlevy a euforie, který je jen krátkodobý. V zápětí následují pocity viny a studu za svoji slabost i za svůj čin. Opět tedy přichází vlna negativních emocí, která může opětovně vyvolat sebepoškozování. Tímto se uzavírá „začarovaný kruh“, z kterého nelze tak snadno vyklouznout.



**Obr. 2.2** Návykový model záměrného sebepoškozování podle Aldermanové (1997) (Kriegelová, 2008, s. 126)

Suttonová vymodelovala cyklus záměrného sebepoškozování, znázorněný na obrázku 2.3, jehož hlavní bod uvádí bod A – psychická bolest, která je charakterizována neodbytnými a neakceptovatelnými myšlenkami, vzpomínkami nebo tělesnými následky či negativními představami o sobě samém a která vyvolává u jedince pocity „chaosu“. „Jediná možnost jedince jak vykročit z cyklu ven je změnit negativní posuzování sebe sama a naučit se konstruktivní sebekritice, mít sám sebe v úctě a dopřát si terapii“ (Kriegelová, 2008, s. 127).



**Obr. 2.3** Cyklus záměrného sebepoškozování v pojetí Suttonové (2005; 1995) (Kriegelová, 2008, s. 127)

I Kocourková (2003) koncipuje sebepoškození jako návykovou poruchu a konstatuje, že vzorec sebepoškozujícího chování má tendenci se opakovat, podobně jako je tomu u jiných návykových projevů. Jako příklad uvádí zneužívání návykových látek. Výše jsme si však již vymezili rozdíl mezi návykovým chováním u návykových látek a u sebepoškození. Podle definic závislosti již víme, že se u sebepoškození nejedná o závislost ve smyslu MKN-10, která tak označuje pouze poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek. Ostatní „závislosti“ spadají v MKN-10 pod kategorii F63, dříve uváděné jako Návykové a impulzivní poruchy, dnes po aktualizaci klasifikace jako Nutkavé a impulzivní poruchy. „Tato položka obsahuje určité poruchy chování, které nejsou zařaditelné do jiných položek. Jsou charakterizované opakovanými činy, které nemají žádnou jasnou racionální motivaci, nemohou být ovládnuty a obecně působí svým nositelům poškození vlastních zájmů i zájmů jiných lidí. Osoba hovoří o tom, že její chování je spojeno s impulzy k činnosti.“ (MKN-10, 2009, s. 231).

Odborníci pro tyto návykové poruchy používají pojem nelátkové závislosti či závislost na procesech. Mezi již známé formy patří např. gambling, závislost na práci, patologické nakupování, závislost na internetu aj. I přesto, že u nich nacházíme některé společné znaky právě se závislostmi látkovými (Nešpor, 2000), pro mnohé z nich však v rámci současných klasifikací neexistují vlastní kategorie.

Koncept nelátkových závislostí se opírá o diagnostická kritéria závislosti na psychoaktivních látkách. Podstatou je modifikace obvyklých kritérií látkové závislosti, s obměnou termínu „látky“ za nějakou činnost (např. v případě patologického hráčství je to „hraní“). Řada studií uvádí, že základní charakteristiky nelátkových závislostí jsou velmi podobné té nejznámější z nich – patologickému hráčství. Jeho diagnostiku lze provádět podle MKN-10 (F63.0), propracovanější diagnostická kritéria však nabízí DSM-IV (Šerý, 2001).

#### **2.4.4 Diagnostická kritéria**

Turnerová (2002) ve své knize uvádí návrhy na diagnostická kritéria pro termíny *závislost na sebepoškození* (Self-injury Dependence) a *problematiké nadměrné sebepoškození* – blízké zneužívání návykových látek (Problematic Excessive self-injury – akin to substance abuse). Tyto kritéria jsou z velké části odvozeny z definice látkové závislosti podle systému DSM-IV. Autorka upozorňuje na jejich další a bližší prozkoumání pro zařazení do budoucího vydání DSM.



Výzkumná kritéria pro závislost na sebepoškození (Self-injury Dependence) podle Turner (2002):

Trvající a opakující se vzory sebepoškození vedoucí ke klinicky významnému poškození nebo úzkosti vyznačující se třemi a více z následujících znaků:

(1) Tolerance, definována jako:

- a. Potřeba výrazně vzrůstajících a těžších epizod sebepoškození za účelem dosáhnout uspokojení
- b. Znatelně zmenšený efekt s pokračujícím sebepoškozením stejné intenzity

(2) Abstinence, projevující se libovolným z následujících:

- a. Zvýšené příznaky úzkosti při prvním pokusu přestat
- b. Opakované epizody sebepoškození nebo látková závislost (např. užívání alkoholu či jiné látky) za účelem zmírnit či zamezit abstinenčním příznakům

(3) Sebepoškození je vážnější, způsobuje větší fyzická poškození, je nebezpečnější z hlediska fyzických následků, nebo má delší trvání než bylo původně zamýšleno

(4) Existence touhy či neúspěšných pokusů o omezení či kontrolu nad sebepoškozením

(5) Dlouhodobý proces zotavování se z následků způsobených sebepoškozením (např. závažné zranění, fyzické vyčerpání)

(6) Omezení významných sociálních, pracovních nebo rekreačních aktivit z důvodu sebepoškození

(7) Sebepoškození pokračuje i navzdory vědomí vytrvalých nebo opakujících se fyzických nebo psychických problémů, které jsou pravděpodobně způsobeny nebo alespoň zhoršovány sebepoškozujícím chováním (např. opakující se sebepoškození navzdory vznikajícím depresivním pocitům, pocitům bezcennosti a lítosti; opakující se sebepoškození navzdory výrazným následkům na těle od řezání či pálení)

Součástí kritérií je specifikace:

- S fyzickou závislostí: existence tolerance nebo abstinčních příznaků (tzn. bod 1 nebo bod 2 nebo jsou přítomny oba)
- Bez fyzické závislosti: bez přítomnosti tolerance nebo abstinčních příznaků (tzn. ani bod 1 ani bod 2 nejsou přítomny)

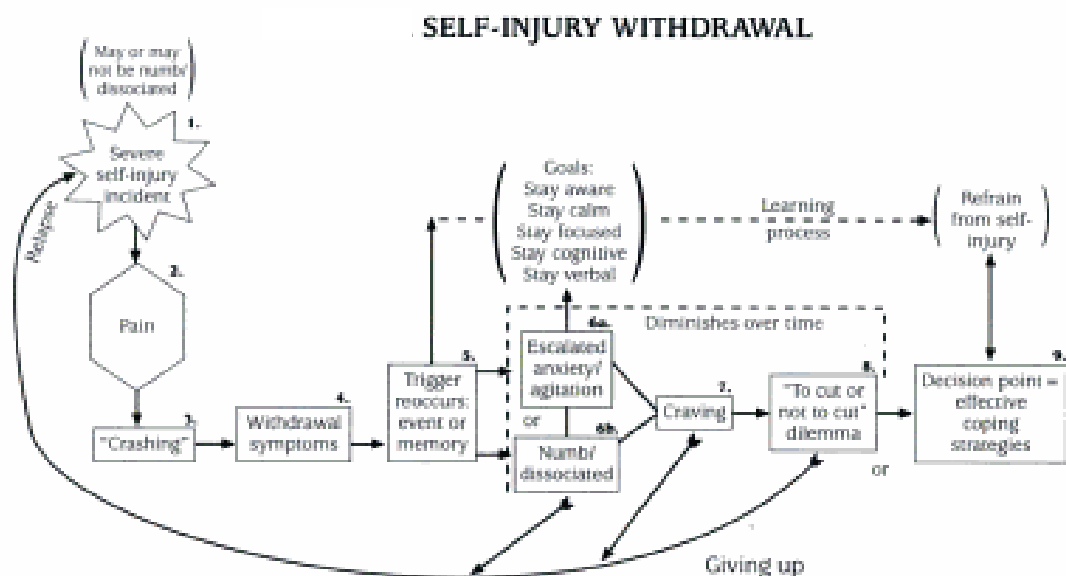
Výzkumná kritéria pro *problematické nadměrné sebepoškozování* (Problematic Excessive self-injury) podle Turner (2002):

A: Trvající a opakující se vzory sebepoškozování vedoucí ke klinicky významnému poškození nebo úzkosti vyznačující se třemi a více z následujících znaků:

- (1) Opakované sebepoškozování má za následek zanedbávání a neplnění povinností ve škole, v práci, doma či ve společnosti (např. opakované školní absence, zanedbávání dětí či domácích prací)
- (2) Opakované sebepoškozování, které se stává výrazně nebezpečnějším
- (3) Pokračování se sebepoškozováním navzdory přetrvávajícím nebo opakujícím se sociálním problémům nebo problémům ve vztazích s jinými lidmi, způsobenými nebo zhoršenými sebepoškozujícími chováními (např. vyhýbání se lidem, dohadování se s rodiči či jinými lidmi o následcích sebepoškozování)

B: Symptomy nenaplnují kritéria pro závislost na sebepoškozování (Self-injury Dependence)

Turnerová se ve své knize také zmiňuje o abstinenci od sebepoškozujícího chování, viz obrázek 2.4. Poznává, že u opakujícího se sebepoškozování má abstinence mnoho společných znaků s abstinencí od látkové závislosti. Autorka, jenž se sama dříve potýkala s problémem sebepoškozování, potvrzuje, že při omezení pokusů či ukončení sebepoškozujícího chování, se může u jedince vyskytnout řada nepříjemných příznaků, jako je deprese, úzkost, ale také pocity zmatenosti či dezorientace. Dále uvádí, že někteří mohou při abstinenci zažívat pocity únavy, nespavost, bolesti svalů, či živé děsivé sny a vzpomínky. Tyto nepříjemné pocity mohou vyvolat úzkost a dočasně zhoršit celkovou funkčnost jedince. Turner se ve svém schématu také zmiňuje o cravingu.



**Obr. 2.2** Abstinence od sebepoškození podle Turner (2002, s. 56)

#### 2.4.5 Dotazník organizace Self Mutilators Anonymous

Po vzoru Anonymních alkoholiků (AA) vznikla v USA organizace Self Mutilators Anonymous (SMA), také známa jako Self-Injury Anonymous (S-IA). Sebepoškození (self-mutilation) definují jako úmyslné poškození vlastního těla bez záměru zemřít. Do tohoto poškození zahrnují širokou škálu způsobů sebepoškozujícího chování, jako např. sebeřezání, pálení, vytrhávání si vlasů, znovuotevírání ran a zabraňování jejich zacelení, polykání cizích předmětů, bouchání hlavou o stěnu, lámání kostí, aj.

SMA představují skupinu, která se snaží svépomocí řešit a vyřešit svůj společný problém, kterým je sebepoškození a závislost na něm. Jediný požadavek pro členství je touha se sebepoškozením přestat. Proto prvním nezbytným krokem k uzdravení je uvědomění si, že sebepoškození je problém a že jedinec není schopen ho zvládnout sám. Dotazník, uvedený na jejich webových stránkách má stanovit, kdo má se sebepoškozením problém, to určují tři a více kladných odpovědí:

1. Sebepoškozovali jste se někdy záměrně pomocí některého z výše uvedených způsobů?
2. Byli jste někdy rozhodnutí s tímto chováním navždy přestat s tím, že byste se k tomu vrátili pouze na krátký čas?

3. Řekli jste si někdy sami pro sebe: „Udělám to pouze jednou,“ ale poté jste zjistili, že s tím nejde přestat?
4. Máte pocit, že se při zaujetí tímto chováním dostáváte do transu?
5. Navštívili jste někdy s tímto chováním terapeuta nebo poradce?
6. Schovávali jste toto chování někdy před svými blízkými nebo lhali jste jim o něm?
7. Maskujete svá poškození sami před sebou a před ostatními pomocí makeupu, obvazů, oblečení, apod.?
8. Doufáte stále, že „z toho jednou vyrostete“, ale obáváte se toho, že nikdy nebudete schopni přestat?
9. Trpíte několika různými typy chování, jako např. kousání vnitřní strany tváří, dloubání v nose, apod.?
10. Přišli jste někdy z důvodu svého zaujetí sebepoškozujícím chováním pozdě do práce či na schůzku, nebo vás to zdržovalo os něčeho důležitého?
11. Míváte z toho chování spíše pocit potěšení než bolesti?
12. Řekli jste si sami někdy, že když ostatní nevidí následky vašeho sebepoškozování, takže to není až tak vážné?
13. Stydíte se někdy sám za sebe a za vaše tělo?
14. Myslíte si, že jste jediný, kdo dělá tyto věci?

SMA chtějí společnými silami a vzájemným předáváním svých zkušeností a znalostí, které by se mohly stát užitečným podnětem pro všechny, jichž se problém sebepoškozování týká, překonat problémy s ním spojené, vč. závislost.

## **2.5 Etiologie**

Etiologie sebepoškozování zahrnuje celou řadu rizikových faktorů, od sociokulturních, přes psychologické až k biologickým. Rizikové faktory významné pro vznik sebepoškozování mají kumulativní charakter.

Tyto rizikové faktory zvyšují vulnerabilitu, nebo-li zranitelnost, jedince. Kriegelová (2008) se ve své knize při hodnocení vulnerability k záměrnému sebepoškozování odvolává na metodické materiály National Health Service ve Velké

Británii. Na snížení schopnosti jedince bránit se dalším rizikům se podílejí faktory uvedené v tabulce 2.3.

<b>Hodnocení faktorů vulnerability podle National Health Service (2004)</b>	
<b>Faktory vulnerability</b>	<b>Hodnocení</b>
Dlouhodobé faktory	časná ztráta nebo separace od pečující osoby, odmítavý nebo hyperprotektivní přístup pečující osoby, sexuální, fyzické a psychické zneužívání v dětství, trvalé osobnostní charakteristiky a duševní onemocnění
Krátkodobé faktory	momentální problémy ve vztahu s blízkou osobou, nedostatek sociální podpory, pracovní a studijní problémy, zdravotní problémy, momentální zneužívání návykových látek, zhoršení symptomů duševní nemoci
Precipitující faktory	akutní problém ve vztahu k blízké osobě, finanční obtíže, úmrtí nebo jiná trvalá ztráta blízké osoby, období volna a svátků

**Tab. 2.3** *Hodnocení faktorů vulnerability podle National Health Service*

Kriegelová (2008) pak sama uvádí, že na vzniku a rozvoji sebepoškozujícího chování se podílejí následující faktory:

### **Sociální a environmentální faktory**

Faktorů sociální povahy, které mají negativní vliv na jedince a mohou ovlivnit výskyt a frekvenci sebepoškozujícího chování je velká řada.

Jedním z nejdůležitějších je rodina a její disharmonické rodinné prostředí, problematické rodinné interakce, výchovný styl, ale také socioekonomická situace, či traumatická událost. Rodina je pro jedince tím nejvýznamnějším a nejvíce formujícím sociálním prostředím, které může mít na jedince i nepříznivý vliv.

Nelze zde však opomenout ani sounáležitost jedince s určitou skupinou a kulturou (např. emo), vnější znaky chování a celkový životní styl dospívajícího jedince. Dospívající lidé nechtějí být jen členy vlastní rodiny, chtějí také „něco znamenat“ ve své vrstevnické skupině, chtějí být uznáni druhými. Respekt a uznání druhých potřebují pro své sebevědomí, které je dosud nezralé a křehké. Proto jsou dospívající mimořádně citliví na odmítání ze strany vrstevníků a velmi těžce prožívají posměšky či pomluvy.

Mezi nejčastějšími příčinami sebepoškozujícího chování, uváděnými samotnými adolescenty, zmiňuje Richardson (2006) problémy v rodině, problémy ve škole, šikana, konflikty s vrstevníky a kamarády, problémy s parterem, týrání či zneužívání aj.

### ***Psychologické faktory***

Psychologické faktory mohou hrát podstatnou roli. Psychologické faktory se podílejí nejen na vzniku, ale zejména na udržení sebepoškozujícího chování. Mezi hlavní psychologické faktory, které ovlivňují vznik sebepoškozujícího chování a můžeme je pokládat za rizikové, patří zejména osobnostní rysy, narušené kognitivní funkce a zhoršené sebeovládání. Kriegelová (2008) se ve své knize zabývá konceptem psychologických charakteristik sebepoškozujícího jedince a zmiňuje některé vlastnosti, popsané řadou zahraničních autorů (např. Conterio, Lader, Bloom, 1998; Hawton, 2005), které mohou tyto jedinci mít společné.

Při popisu vlastností sebepoškozujícího se jedince se Kriegelová odvolává na autorky Conteriovou, Laderovou, Bloomovou a uvádí některé specifické vlastnosti – např. častá sklíčenost a smutek, potíže s vyjádřením vlastních pocitů, pocity nepochopení ze strany okolí, častá rychlá a jednoduchá zklamání, odmítavé a impulzivní jednání. Právě na impulzivitu a její vztah se sebepoškozováním klade Kriegelová (2008) velký význam. Uvádí, že slouží jako mechanismus zvládnání zátěže, a tak je vždy součástí sebepoškozujícího chování.

Pro sebepoškozující jedince je dále charakteristické snížené sebevědomí, doprovázené pocity neschopnosti a bezcennosti. „Časté je depresivní ladění, vyšší míra dráždivosti a současné problémy s příjmem potravy“ (Kriegelová, 2008, s. 76).

### ***Biologické faktory***

Biologické faktory se podílejí především na projevech sebepoškozujícího chování. Existují zahraniční studie zkoumající případnou genetickou souvislost vzniku sebepoškozujícího chování u některých jedinců. Cílem studií je najít podobnost

genetické predispozice u záměrného sebepoškozování, jako je tomu u návykového chování, např. u zneužívání alkoholu (Kriegelová, 2008).

V kontextu biologických faktorů důležitých při vzniku sebepoškozování hrají dle řady autorů (např. Babáková, 2003; Platznerová, 2009) roli následující okruhy:

#### *Endogenní opiátový systém*

„Expozice bolestivé situace nebo jen její očekávání zvyšuje hladiny endogenních opiátů“ (Babáková, 2003, s. 168). Endorfiny jsou charakteristické svými analgetickými a euforizujícími účinky na organismus. Mohou vyvolat pocity uklidnění, uvolnění, euforie a snížené vnímání bolesti, ale také mohou zmírnit pocity strachu, zостřit vnímání a zvýšit apetit (Kriegelová, 2008). Prostřednictvím endorfinů je sebepoškozování doprovázeno příjemnými pocity, a tím mají vliv na repetitivní povahu sebepoškozujícího chování.

#### *Dopaminergní systém*

U závažných forem sebepoškozování byla zjištěna hypersenzitivita dopaminergních receptorů (Kriegelová, 2008). Také zjištěny nižší hladiny dopaminu a jeho metabolitů v CNS (Babáková, 2003).

#### *Serotonergní systém*

Kriegelová (2008) na základě zjištění autorů Simeona (1992) a Coccaro (1997) uvádí, že dysfunkce serotonergního systému má souvislost s výskytem sebepoškozujícího chování a že zvýšená dráždivost a nízká hladina serotoninu současně zvyšují agresi i autoagresi jedince.

Výše uvedené rizikové faktory představují nástin pozadí pro vznik a rozvoj sebepoškozujícího chování. Jejich znalost je nezbytná především pro práci s jedincem a řešení jeho sebepoškozujícího chování.

## **2.6 Terapeutický přístup**

V případě pojetí sebepoškozování jako návykového chování bude zapotřebí nejprve změnit patologické chování jedince, vnitřní postoje k němu, postoje k vlastnímu tělu, podobně jako je tomu u závislých na návykových látkách a jiných nelátkových závislostech.

### **3 Výzkum sebepoškozování**

#### **3.1 Cíl práce**

Hlavním cílem práce je popsat fenomén záměrného sebepoškozování, zodpovědět výzkumné otázky a prostřednictvím modifikovaných diagnostických kritérií pro závislostní chování poukázat na sebepoškozování jako specifickou formu návykového chování, a tím poukázat na podobnost některých znaků se závislostí.

K dalším cílům patří zjistit, jak sami respondenti vnímají své sebepoškozující jednání, případně zjistit, jak svou závislost na sebepoškozování popisují. Dále pak ověřit, zdali se u nich objevují jednotlivé znaky závislostního chování, popř. konkrétně která diagnostická kritéria pro závislostní chování se u sebepoškozujících jedinců vyskytují. A v neposlední řadě jsem se snažila porozumět důvodům, které vedou jedince k opakovanému záměrnému sebepoškozování.

Vzhledem k tomu, že sebepoškozování je téma značně rozsáhlé a zároveň mé znalosti tohoto tématu jsou nedostatečné, jsem se rozhodla provést nejprve výzkum kvantitativní, jako mapující složku dané problematiky, a poté kvalitativní cestou, jenž měla poskytnout bližší náhled na problematiku sebepoškozování a zodpovědět výzkumné otázky.

#### **3.2 Výzkumné otázky**

Pro účel této práce jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

1. Vnímá jedinec své sebepoškozující chování jako závislostní? Jak svou závislost na sebepoškozování popisuje?
2. Jak jedinec popisuje jednotlivá diagnostická kritéria, která se u něj objevují?
  - a. Cítí, že je nadměrně zaujatý sebepoškozováním?
  - b. Cítí potřebu se sebepoškozovat stále častěji, abyste dosáhl uspokojení?
  - c. Má za sebou neúspěšné pokusy omezit, kontrolovat nebo ukončit sebepoškozování?
  - d. Je nervózní, neklidný, náladový a podrážděný při pokusu omezit nebo ukončit sebepoškozování?
  - e. Stává se mu, že se sebepoškozuje mnohem intenzivněji, než původně zamýšlel?



- f. Riskuje ztrátu důležitých vztahů, zanedbává studium nebo své zájmy a jiná potěšení v důsledku sebepoškozování?
  - g. Lhal někdy rodinným příslušníkům, lékařům nebo jiným lidem, aby zatajil skutečný rozsah svého sebepoškozování?
  - h. Vnímá svoje sebepoškozování jako způsob úniku od problémů nebo jako způsob zvládnání dysforické nálady (tj. pocity bezmocnosti, viny, úzkosti, deprese)?
3. Jaké jsou důvody, které vedou jedince k opakovanému záměrnému sebepoškozování?

Výzkumné otázky (a-h) jsou odvozeny z modelu nelátkové závislosti pro patologické hráčství podle DSM-IV a kopírují jeho diagnostická kritéria, která jsem modifikovala pro účely této práce, tj. s ohledem na sebepoškozování.

### **3.3 Popis metodologického rámce a metod**

Mapující kvantitativní šetření probíhalo formou vlastně sestaveného internetového dotazníku umístěného na webových stránkách <http://sebeposkozovani-navykove-chovani.vyplnto.cz/>, v období od 13. 07. 2010 do 25. 07. 2010. Dotazník obsahuje 54 otázek, určité posloupnosti - statistické údaje o věku, vzdělání, informace o rodině, a dále otázky přímo se týkající sebepoškozujícího chování, včetně vztahu sebepoškozování a návykových látek. Dotazník zároveň obsahuje devět položek podle modifikovaných diagnostických kritérií DSM-IV pro gambling. Otázky dotazníku je možné vidět v příloze 1.

Po ukončení dotazníkového šetření jsem přistoupila k protřídění získaných dat, a to následujícím způsobem: odstranila jsem dotazníky obsahující velmi malé množství odpovědí, dále pak dotazníky, jejichž odpovědi nesouvisely s tématem této práce. Rovněž jsem vyřadila respondenty nesplňující podmínky stanovené pro tento výzkum (viz kapitola Popis výzkumného souboru). Také jsem opravila některé odpovědi respondentů udávané slovně místo číslic.

Hlavním předmětem této práce je kvalitativní výzkum, který byl uskutečněn s jedinci, kteří vyplnili dotazník a byli ochotní poskytnout více informací o průběhu svého sebepoškozujícího chování. Vzhledem k tomu, že záměrem kvalitativního šetření byla snaha zjistit, jak respondenti vnímají a hodnotí své sebepoškozující chování ve vztahu k závislostnímu chování, probíhalo toto šetření formou

polostrukturovaného rozhovoru postaveném na vlastně vytvořeném souboru otázek, které jsem podle potřeby obohacovala doplňujícími navazujícími otázkami na respondentovu odpověď. Rozhovor jsem se snažila přizpůsobit jednotlivým respondentům tak, aby nic nenarušovalo přirozeně se vyvíjející reakce respondentů.

Použití této metody bylo záměrné a mělo docílit získání dostatku informací k vykreslení respondentovi situace, ale také k lepšímu porozumění jednotlivým vztahům a souvislostem v problematice sebepoškozování.

### **3.4 Výzkumný soubor**

#### **3.4.1 Popis získání výzkumného souboru**

Oslovení respondentů pro mapující kvantitativní šetření probíhal několika způsoby. Dotazník byl mezi výzkumný vzorek distribuován jednak umístěním odkazu na internetové stránky s dotazníkem na diskuzních internetových fórech věnovaných problematice sebepoškozování. Dále pak přímým oslovováním uživatelů těchto diskuzních fór formou e-mailu či soukromé zprávy. Touto cestou bylo osloveno cca 870 uživatelů diskuzních fór s tématikou sebepoškozování.

Za hlavní způsob získání respondentů považuju umístění odkazu na dotazník na webové stránce věnované této problematice "<http://sebeposkozovani.ath.cx>". Prostřednictvím e-mailu jsem se spojila adminy těchto stránek s prosbou o uveřejnění odkazu na dotazník na tomto webu v rámci nového článku.

Z výše uvedených zdrojů bylo získáno celkem 116 respondentů.

Součástí oslovení respondentů v dotazníku bylo jednak představení záměru a cílu práce, a dále stručně formulované instrukce, které kladly důraz především na uvádění pravdivých odpovědí a anonymitu respondentů. Závěr dotazníku obsahoval poděkování za vyplnění dotazníku a e-mailový kontakt na autora studie s prosbou o spolupráci pro poskytnutí rozhovoru.

Právě vzhledem k citlivosti tématu, jsem zvolila pro kvalitativní výzkum metodu příležitostného výběru. Tento způsob výběru vycházel z vlastního předpokladu, že pouze malá část jedinců, kteří mají se sebepoškozováním vlastní zkušenost, bude ochotna o této záležitosti mluvit. Prostřednictvím zanechání své kontaktní e-mailové adresy na závěr dotazníkového šetření jsem ponechala na každém respondentovi se dobrovolně rozhodnout nad poskytnutím rozhovoru. Touto cestou mě zpětně zkontaktovalo celkem 15 respondentů, kteří mají se sebepoškozujícím chováním

osobní zkušenosti (jednalo se o 14 dívek a 1 chlapce). Vzhledem k náročnosti rozhovorů a omezenému rozsahu této práce jsem provedla rozhovor pouze s 6 prvními respondenty.

### **3.4.2 Etická pravidla**

Prvotní komunikace s respondenty probíhala prostřednictvím e-mailu, samotné rozhovory byly vedeny prostřednictvím icq. Všichni jedinci zahrnutí do výzkumného vzorku vyjádřili dobrovolný souhlas s rozhovorem, a před samotným započítáním dotazování byli seznámeni s jeho průběhem a účelem, včetně připomenutí záruky anonymity, důvěrnosti sdělených dat a práva zřici se odpovědi na jakoukoliv otázku. Všem respondentům bylo zaručeno, že veškeré informace, sdělené během rozhovoru, budou použity pouze za účelem této práce. Z těchto důvodů vystupují všichni respondenti v této práci pod změněnými jmény a z rozhovorů jsou odstraněny takové informace, které by mohly vést k identifikaci těchto jedinců.

### **3.4.3 Kritéria pro nominaci**

I přestože jsem vzhledem ke specifickému tématu práce neočekávala příliš velkou návratnost vyplněných dotazníků, jsem si pro svou práci při výběru vzorku stanovila dvě kritéria, jimž by měli respondenti vyhovovat. Základním kritériem pro výběr respondentů byla osobní zkušenost se sebepoškozujícím chováním. Do výzkumného souboru byly zahrnuti jak respondenti se současnou přímou zkušeností, tak i respondenti s dřívější přímou zkušeností sebepoškozujícího chování.

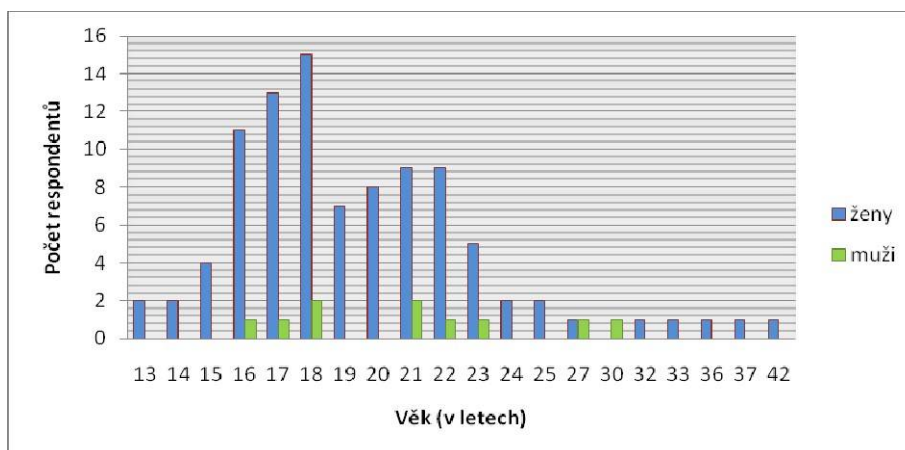
Ačkoliv lze případy sebepoškozování najít mezi lidmi různého věku, nejčastější výskyt tohoto jevu však nacházíme u jedinců v období dospívání. Z tohoto důvodu jsem dalším kritériem pro výběr respondentů zvolila sebepoškozující chování s počátkem v období pubescence či adolescence, na současný věk respondenta nebyl brán ohled.

### **3.4.4 Soubor pro kvantitativní průzkum**

Výzkumným souborem pro kvantitativní šetření získaným prostřednictvím internetu bylo celkem 116 respondentů. Po očištění dotazníkových dat bylo získáno k vyhodnocení 105 dotazníků (očištění dat popsáno blíže v kapitole Popis metodologického rámce a metod).

Z celkového počtu respondentů ( $N = 105$ ) odpovídalo rozdělení mezi pohlavími, v poměru 90,5 % ku 9,5 % ve prospěch žen, mému očekávání. Toto zastoupení respondentů potvrzuje nejen společensky zažitá domněnka, že riziko sebepoškozování

je mnohem vyšší u žen než u mužů, ale také řada odborníků, např. Platznerová (2009) uvádí, že ženy se poškozují častěji než muži a že největší je tento rozdíl právě v období adolescence. Tato skutečnost je hlavním důvodem, proč jsem při vyhodnocování dat z dotazníku záměrně nezpracovávala odpovědi u mužů a žen zvlášť, ale dohromady. Věkové rozpětí respondentů se pohybovalo od 13 let věku do 42 let. Průměrný věk respondentů tedy činil 19,9 let. Zastoupení jednotlivých věkových skupin a pohlaví předkládá graf 3.1.

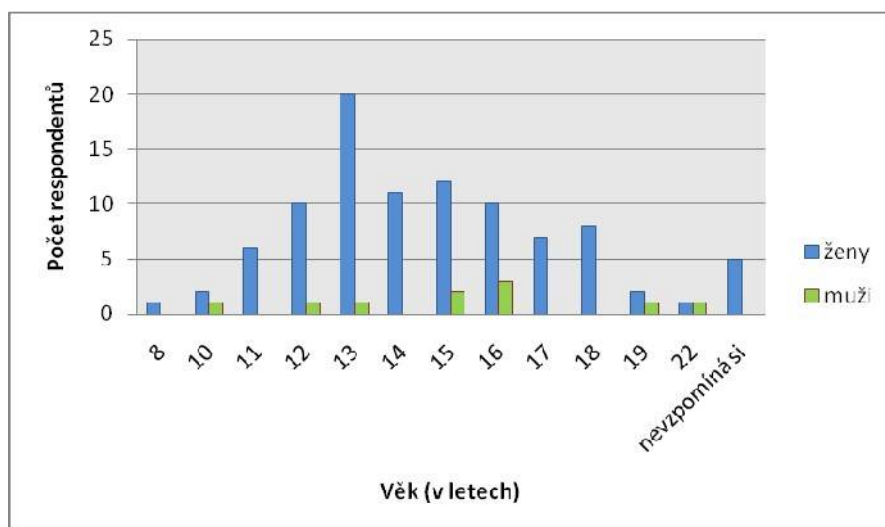


**Graf 3.1:** Zastoupení jednotlivých věkových skupin v kvantitativním šetření

63,8 % respondentů pocházelo z úplné rodiny, z nichž 67 % však přiznalo, že u nich dochází k narušování rodinných vztahů, nejčastěji ze strany rodičů. Právě problémy v rodině patří k nejčastěji uváděným příčinám sebepoškozujícího chování u dospívajícího jedince. Rodina má na dospívajícího významný vliv, připravuje ho na přijetí důležitých rolí a ovlivňuje jeho duševní vývoj, který na jedince může mít i trvalé následky. Z celkového počtu respondentů (N = 105) se k narušování rodinných vztahů přihlásilo 71,4 %, nejčastěji uváděným narušitelem rodinného prostředí byly rodiče.

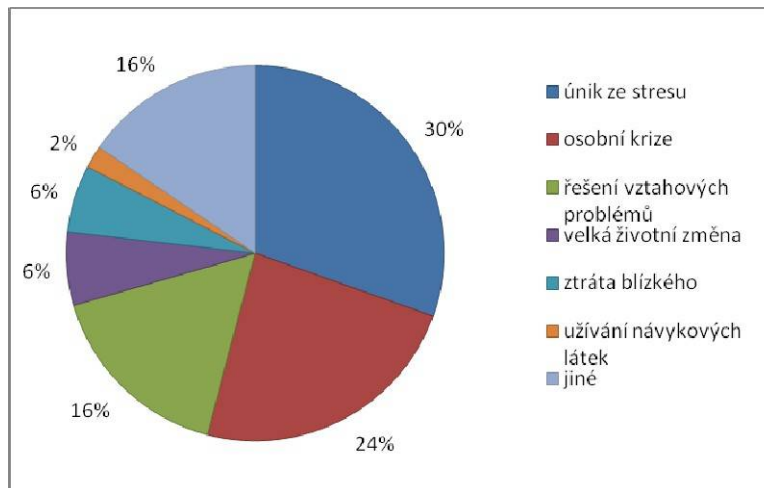
Věková hranice prvního sebepoškození se pohybovala od 8 let věku do 22 let. Pět respondentů si věk svého první sebepoškození nevybavuje. Aldermanová (1997) považuje vznik záměrného sebepoškozování za jeden z nejzajímavějších fenoménů týkající se této problematiky. Říká, že velká část jedinců si nepamatuje na okamžik prvního sebepoškození (Kriegelová, 2008). Přesně 20 % respondentů tohoto výzkumu datuje svou první epizodu okolo 13. roku. Vzhledem k nerovnoměrnému zastoupení mužů a žen ve výzkumu nelze poukázat na rozdílný věk prvního sebepoškození mezi nimi. Malá (2007) však zmiňuje studii, která uvádí průměrný věk začátku

sebepoškozování u dívek 12 roků a u chlapců 15 roků. V této studii je průměrný věk prvního sebepoškození u všech respondentů 14,5 roků.



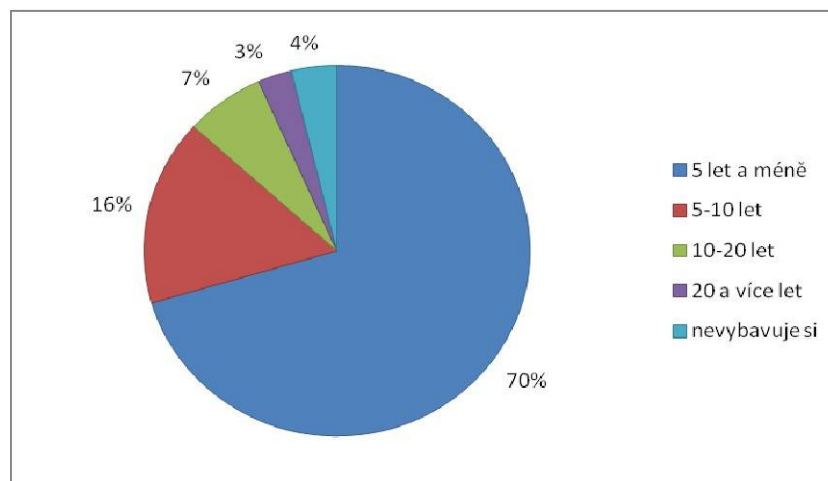
**Graf 3.2:** Věk prvního sebepoškození

Nejčastěji uváděnými důvody prvního sebepoškození byly únik ze stresu, osobní krize či řešení vztahových problémů. Celkově 57 % ze všech respondentů uvedlo dva a více důvodů, které se u nich podílely na vzniku prvního sebepoškození.



**Graf 3.3:** Důvody prvního sebepoškození

Co se týká délky sebepoškozování udávali respondenti v rozmezí 7 měsíců až 22 let. Rozdělím-li délku sebepoškozujícího chování do etap podle Suttonové (1999), můžeme přehledně zjistit, jak dlouho nejčastěji respondenti se svým problémem zápasí, uvedeno v grafu 3.4. Průměrně uváděná délka sebepoškozujícího chování pak je 4,6 let.



**Graf 3.4:** Délka sebepoškozování

Nejčastěji uváděným způsobem sebepoškozování bylo sebeřezání.

Poměr respondentů z hlediska zkušeností se sebepoškozujícím chováním byl téměř vyrovnaný, odpovídal poměru 46% sebepoškozujících se v současnosti ku 54% respondentům s dřívější zkušeností.

### 3.4.5 Soubor pro kvalitativní průzkum

Výzkumný soubor kvalitativního šetření byl tvořen 6 respondenty, z nichž 5 byly dívky a 1 chlapec. Všichni respondenti splňovali stanovená kritéria tohoto šetření, tzn. přímá zkušenost se sebepoškozujícím chováním (3 respondenti se sebepoškozují i v současné době, 3 mají zkušenost se sebepoškozujícím chováním z dřívější doby, ne však starší 2 let) a současný věk adolescenta (nejmladšímu respondentovi je 15 let, nejstaršímu 22 let).

Respondenti se podobají některými společnými znaky. Všichni respondenti uvádějí řezání jako hlavní způsob svého sebepoškozujícího chování. Z hlediska osobnostních charakteristik respondentů je patrné, že se jedná o jedince s nízkým sebevědomím, kteří příliš nevyhledávají společnost, či z ní byli vyčleněni. Základní charakteristiky respondentů pro kvalitativní šetření uvádím v následující tabulce.

Jméno		Dasha	Ajka	Lolinka	Hans	Hanulka	Misha
Věk		22	22	15	18	18	21
První sebepoškození	Důvody	pocity méněcennosti, pokus o sebevraždu	školní šikana, úmrtí kocoura, sociální situace	pocity méněcennosti, samota, špatná komunikace v rodině	rozchod s dívkou, pocity viny	pocity méněcennosti, samota, šikana, špatná komunikace v rodině	šikana, problémové vztahy v rodině, touha po pozornosti, zoufalství, zvědavost
	Věk	13	13	11	17	13	16
Průběh sebepoškozování	Způsob sebepoškozujícího chování	řezání - ruce, stehno, kousání, mlácení do zdi	řezání - ruce, nohy	škrábání, kousání, později řezání a pálení - ruce, nohy, břicho	řezání - levá ruka	pálení, řezání - ruce, bok,	řezání - ruce, pálení
	Délka sebepoškozujícího chování	7 let	9 let	4 roky	6 měsíců	5 let	5let
	Doposud přítomno	ne	ano	ne	ne	ano	ano
	Léčba sebepoškozujícího chování	ne	ne	ano	ano	ne	ano
	Délka "abstinence"	2 roky	_____	4 měsíce	4 měsíce	_____	_____

Tabulka 3.1: Charakteristika výzkumného souboru pro kvalitativní šetření

### 3.5 Výsledky

Výsledky výzkumu jsou rozděleny do jednotlivých kapitol, které odpovídají jednotlivým výzkumným otázkám. Dále jsou rozděleny na výsledky získané z mapujícího dotazníkového šetření a na výsledky získané prostřednictvím rozhovorů.

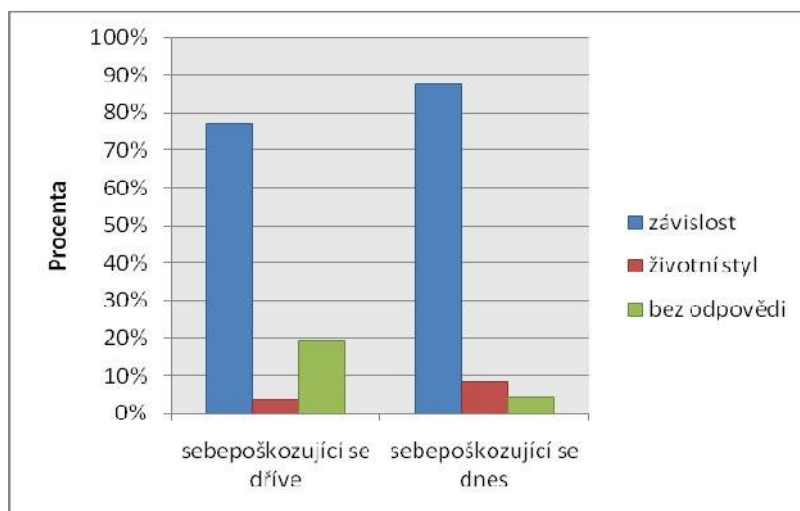
#### 3.5.1 Závislost na sebepoškozování

Z teoretické části již víme, že vzhledem k povaze sebepoškozujícího chování je vhodnější mluvit o návykovém chování než o závislosti v pravém slova smyslu tak, jak ji definují klasifikace duševních poruch. Vzhledem k tomu, jak ale vnímají sebepoškozování samotní jedinci, považují za důležité tuto skutečnost neopomíjet a na

popisovaný pocit závislosti brát ohled jako na nedílnou součást sebepoškozujícího chování.

### 3.5.1.1 Data získaná z dotazníku

V dotazníkovém šetření jsem ověřila jak respondenti na základě svých zkušeností a pocitů, se kterými se v průběhu svého sebepoškozujícího období setkávají, sebepoškozování vlastně vnímají. Je to závislost nebo životní styl? S jednoznačnou převahou (81,9 %) respondenti potvrdili, že sebepoškozování vnímají jako závislost, 5,7 % respondentů pak jako životní styl. Důležitým poznatkem je, že 12,4 % respondentů na otázku neopovědělo. Z toho je zřejmé, že nabízené varianty byly nedostačující a řada respondentů své sebepoškozování považuje za jinou formu chování. Jednalo se především o jedince, kteří se již v současné době nesebepoškozují. Jak ale napovídá graf 3.5, rozdělíme-li výsledky vnímání sebepoškozujícího chování na skupiny jedinců sebepoškozujících se dnes a sebepoškozujících se dříve, ostatní hodnoty u těchto dvou kategorií se příliš neliší.



**Graf 3.5:** Vnímání sebepoškozujícího chování v dotazníkovém šetření

Data získaná z dotazníku jednoznačně potvrzují, že sebepoškozující chování je nejčastěji vnímáno jako závislostní. Co ale stojí za tímto pohledem na sebepoškozování a jak popisují tuto formu „závislosti“ sami sebepoškozující? K bližšímu pochopení a získání vlastního názoru nám napomůžou následující řádky, jež vyplývají z rozhovorů se sebepoškozujícími jedinci.

### 3.5.1.2 Data získaná z rozhovorů

Z rozhovorů s jednotlivými respondenty vyplynulo, že téměř všichni považují své sebepoškozování za závislostní chování.



Jméno	Dasha	Ajka	Lolinka	Hans	Hanulka	Misha
Sebepoškozující chování doposud přítomno	ne	ano	ne	ne	ano	ano
Vnímaná závislost	ano	ano	ne	ano	ano	ano

**Tabulka 3.2:** Vnímání sebepoškozujícího chování v kvalitativním šetření

Jedna respondentka (Lolinka) své sebepoškozování vnímá spíše jako formu úniku, která však nemá konce: „...je to **touha** utéct pryč od sebe, při které si podkopáváte nohy.. je to **kruh bez východu**... bodavý pocit vlastní sebezrady, pocit, který tak bolí a zároveň uklidňuje, že nevíte co je silnější...to zmatení, ve kterém víte, že ubližujete lidem okolo a jediné východisko je **ublížit si znovu**“. Některé body popisované v jejím pojetí vlastního sebepoškozování nesou znaky závislostního chování, sama však možnost vzniku závislosti razantně popírá a sebepoškozování připisuje titul nemoci: „**sebepoškozování není závislost, ale spíš nemoc**...“. Z pohledu lékařského je ale závislost vnímána jako nemoc, nemoc, která se dá léčit.

Ostatní respondenti si svou „závislost“ na sebepoškozování vysvětlují různě. Většinou ji přirovnávají k látkové závislosti a zmiňují, jak obtížné je se sebepoškozujícím chováním přestat:

„myslím si, že je to stejně návykové jako tvrdé drogy a tak by se s tím mělo nakládat, nezapomenu už nikdy na to, jak **bylo těžký přestat** ... je to jako cizí mysl v mém těle ukazující mi obrázky a příjemné okamžiky, které mě nutí to opakovat...pochopil jsem, že to je závislost a láska může být taky“ (Hans)

„... je to velmi návykové ... osobně to jako závislost vnímám, protože **kdyby nebyla, tak jde lehce přestat**, ale je to stejně jako u drogy... vše začíná jedním škrábancem a končí to zjizveným tělem (v nejlepším případě). Někdy to může skončit smrtí (jako u drog)... **JE TO hrůza a jak říkám nikdy neokusit, nikdy s tím nezačínat.**“ (Hanulka)

„když jsem si ublížila, přineslo mi to pocit libosti, potom, když toho na mě bylo moc, byla jsem pod tlakem, smutná a v depresích, byl to jediný prostředek, který to dokázal zastavit, ale **sám zastavit nejde**. Asi jako když se někdo opíjí, protože mu to dovoluje zapomenout na problémy... myslím, že se to k tomu dá přirovnat“ (Ajka)

„Je to jako každá jiná závislost. Ze začátku to pomáhá, je to „dobrá“ cesta k úlevě, k sebekontrolě. Později přibudou výčitky, pocit viny, a když se toho chceš zbavit, drží se to zuby nehty a **nejde s tím přestat**. Zdá se to nemožný. ... určitě je to návykové v tom smyslu, že

*jednou si navykneš na to, že máš žiletku při sobě a úleva je téměř okamžitá, pak už se to těžko vymění za to, že si budeš číst nebo si půjdeš zaběhat“ (Misha)*

Skutečnost, že se sebepoškozujícím chováním není snadné přestat, dokazují i některé studie (např. Sutton, 2005), včetně mapujícího průzkumu v rámci této práce, kde 89,5 % respondentů poukázalo na opakované pokusy skončit se svým sebepoškozováním, 26,6 % z nich se dokonce sebepoškozují déle než 5 let.

I Dasha připisuje sebepoškozování závislostní charakter, „závislost“ na sebepoškozování však popisuje prostřednictvím touhy a nutkavých myšlenek, které ji doprovázejí ve vypjatých situacích, které neumí řešit jiným způsobem: *„určitě je to závislost ... pro mě je to **touha** vidět svou krev, která mě očišťuje ... **opakované nucení** sáhnout po noži a říznout se a ucítit úlevu od problémů, protože to částečně vyřeší problémy, bohužel jen na chvíli, ale na tu chvíli tě to uspokojí“.*

Chvilkové uspokojení, popisované samotnými respondenty, které odplaví nepříjemné pocity a nahradí je pocitem uvolnění, je však záhy vystřídáno pocity viny a studu z existence nového poranění a uvědomění si opětovného nezvládnutí dané situace. Vzniká tak „bludný kruh“ sebepoškozujícího chování, na který respondenti nahlížejí různě. Např. Lolinka uvádí *„... je to **kruh bez východu... jediné východisko je ublížit si znovu“***, a právě tím se spouští návykový cyklus záměrného sebepoškozování, jak jej popsala Aldermanová (1997).

### **3.5.2 Výskyt diagnostických kritérií**

Proto, aby mohla být závislost diagnostikována, musí dle klasifikačních systémů splňovat stanovená závislostní kritéria (dle NKN-10 či DSM-IV). Cílem práce však není posoudit, zdali sebepoškozování splňuje všechna tyto kritéria a na základě toho ho určit závislostí. Vzhledem k hlubší neznalosti tématu jsem nebrala ohled na stanovení hranice, která by určila sebepoškozování jako „závislostní chování“. Cílem tedy bylo zmapovat četnost jednotlivých diagnostických kritérií, která jsem upravila pro účely této práce s ohledem na sebepoškozující chování.

#### **3.5.2.1 Data získaná z dotazníku**

V dotazníkovém šetření jsem se zaměřila na zjištění celkového výskytu kladných odpovědí u jednotlivých respondentů, ale také u jednotlivých otázek, podobající se příznakům závislosti.

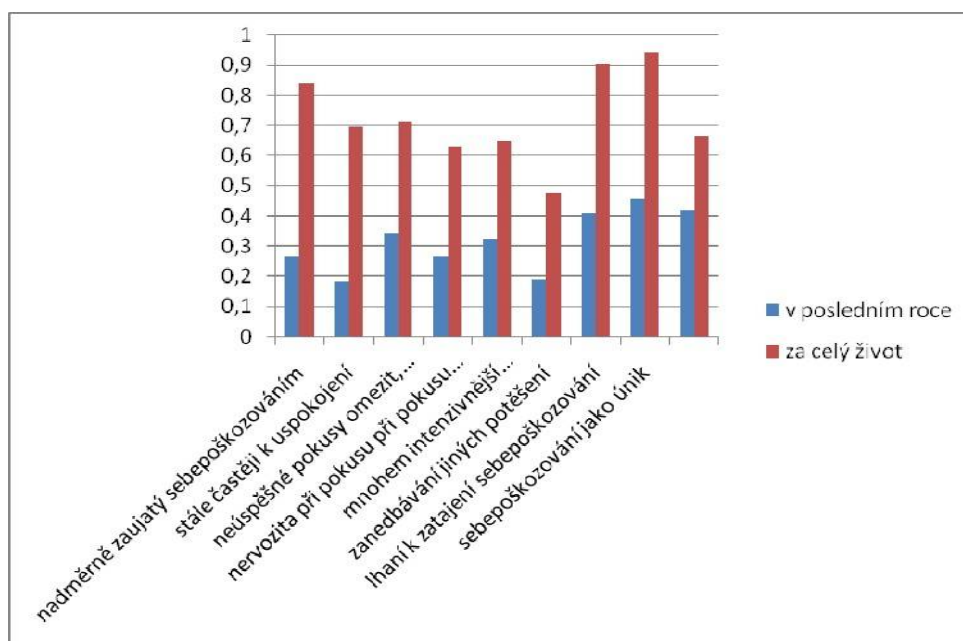
Tabulka 3.3 předkládá celkovou četnost výskytu kladných odpovědí u jednotlivých respondentů. Kladné odpovědi zahrnovaly dvě varianty – za prvé výskyt

daného příznaku v průběhu posledního roku, za druhé výskyt již v dřívějším období. Z důvodu zmapování výskytu jednotlivých příznaků u jedinců v průběhu období jejich sebepoškozování jsem obě tyto varianty vyhodnotila společně. Z tabulky je patrné, že výskyt pěti a více příznaků mezi všemi respondenty (N = 105) není ojedinělý. V případě jedinců sebepoškozujících se v současnosti (N = 48) se příznaky vyskytovaly od čtyř a více, přičemž 16 respondentů uvedlo dokonce přítomnost všech devíti příznaků.

počet kladných odpovědí:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
počet respondentů celkem:	1	3	3	4	4	14	17	17	23	19
z toho sebepoškozujících se v současnosti:					1	6	8	9	8	16

**Tabulka 3.3:** Četnost kladných odpovědí u respondentů v kvantitativním šetření

Podíváme-li se na celkovou četnost kladných odpovědí u konkrétních příznaků, jak předkládá graf 3.6, můžeme si povšimnout poměru výskytu jednotlivých příznaků u respondentů za období poslední roku a zároveň výskytu jednotlivých příznaků u všech respondentů za celé období jejich sebepoškozování. K nejčastěji popisovaným příznakům patří sebepoškozování jako způsob úniku od problémů (94,3 %, z toho 45,7 % v posledním roce), lhaní z důvodu zatajení skutečného rozsahu svého sebepoškozování (90,5 %, z toho 41 % v posledním roce), pocity nadměrného zaujetí sebepoškozujícím chováním (83,8 %, z toho 26,7 % v posledním roce).



**Graf 3.6:** Četnost kladných odpovědí u jednotlivých příznaků

I přesto, že jsem vyhodnocovací kritéria dotazníku považovala spíše za orientační, je zřejmé, že v životě sebepoškozujícího jedince hrají významnou roli. Data získaná z dotazníku potvrzují, že u sebepoškozujícího chování nacházíme určité společné rysy se závislostí. Výskytem a charakteristikou jednotlivých příznaků u sebepoškozujících se jedinců se budeme zabývat podrobněji v následujících kapitolách.

### 3.5.2.2 Data získaná z rozhovorů

#### 3.5.2.2.1 Nadměrné zaujetí sebepoškozováním

Nadměrné zaujetí sebepoškozováním se často zvyšuje v dobách, kdy je život pro jedince stresující „...občas v zátěžových situacích života mám intenzivní touhu si ublížit (Hanulka). Jedinec se snaží zvládnout psychické napětí, jenž vyvolává touhou po způsobu uvolnění od psychické bolesti „konkrétně to ve mně vyvolává tu touhu nebo potřebu si ublížit ... nejvíce asi v situacích, kdy jsem zklamaná sama sebou nebo když něco nevyjde ... je to jakési řešení pro to, když se cítím uvnitř zraněná, bolavá...“ (Ajka) a nastolení emocionální rovnováhy (Kriegelová, 2008).

Akt záměrného sebepoškozování je charakterizován svou cyklickou povahou, na jehož začátku se zpravidla objevuje zjevná silná tenze, doprovázená touhou, touhou po očištění od nepříjemných pocitů „... **touha vidět svou krev, která mě očišťuje** ...“ (Dasha), touhou se sebepoškodit a pociťovat účinky sebepoškození „**je tu ta touha...ano, ohromná touha si ublížit proto, aby bylo zase dobře, či lépe**“ (Ajka), velmi silnou touhou, která si vynucuje akt sebepoškozování opakovat „**cítím touhu to začít dělat znova a znova...**“ (Hans) a rozjíždí tak další epizodu sebepoškozujícího chování. Kriegelová (2008) uvádí, že lze v tomto případě uplatnit teorii bažení (cravingu), jenž Světová zdravotnická organizace definuje jako touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měl jedinec dřívější zkušenost (Nešpor, 2000). V případě sebepoškozování představuje bažení touhu pociťovat uvolňující účinky sebepoškozování, i když jen krátkodobé.

Často se respondenti zmiňují o myšlenkách, kterými si připomínají předcházející sebepoškození:

„občas když sem se zamyslel, **promítal sem si předchozí**...občas se mi vybaví obrázky a okamžiky z doby kdy jsem to dělal i dnes a dojde mi, že to pro něco bylo.. i když to zní hloupě“ (Hans)

*„připomínám si to vzpomínkami ... často mi nějaká hudba, nějaký film připomenou to jak jsem sebeпоškozovala, tak prostě si zavzpomínám, ale není to nic příjemného končí to pláčem...“*  
(Hanulka)

*„myslím na předchozí ... ty myšlenky? jsou o tom, jak jsem si ublížila, že bych to chtěla zrovna tak teď nebo více ... připomínám si ty rány a snažím se udržet jen u myšlenek, ale je to složité, protože toužím po té úlevě ale zároveň vím, že to přinese jen další problémy .. je to začarovaný kruh ..“* (Ajka)

Misha a Lolinka si nadměrné zaujetí sebeпоškozováním nepřipouští. Lolinka k tomu dodává „samozřejmě, že když vidím jizvy **vzpomenu si, ale** nenásleduje touha dělat to znovu...“. Opakovanému sebeпоškozování připisuje nutkavý neovladatelný pocit doprovázející vypjaté situace, „který vyhazoval kontrolku: *musíš, musíš!*...“ a který má potřebu zahánět stále častějším sebeпоškozováním.

#### **3.5.2.2.2 Častější potřeba uspokojení**

Nixon (2002) na základě svých výzkumů uvádí, že frekvence sebeпоškozování se zvyšuje s dobou jeho trvání (Malá, 2007). Jedinec si navykne na pocity úlevy dosažené sebeпоškozením, a to pak funguje jako prostředek k dosažení potřebného efektu:

*„Moje doktorka říkala, že je to jako s alkoholem, s tím souhlasím. Mám problém - pořežu se - úleva. Pak má člověk vyloženě **chut'** to dělat častěji a častěji, neumí řešit problémy jinak a už to jede.“* (Lolinka)

*„ ...a ta potřeba? To je potřeba udělat cokoliv, co pomůže "odstranit a utlumit problémy". Zvyšoval se i interval mezi jednotlivými epizodami* (Hanulka)

*„Bylo to tak, že začátku toho bylo málo ale čím dýl sem se poškozoval, **tím víc** jsem to dělal ... Už mi to jednoduše řečeno nestačilo tak jak to bylo.* (Hans)

Dasha a Misha si neuvědomují, že by tomu tak u nich někdy bylo. Ajka tuto potřebu hodnotí jako potřebu, která „se neměnila, byla a je stále dost intenzivní ... když se něco špatného děje, chci to řešit a z nějakého důvodu mám pořád nutkání si ublížit. To se zvyšuje až už mu nejsem schopná odolat... no je to pořád to samé dokola .. potřeba si ublížit jen proto, abych se cítila lépe“.

Frekvence záměrného sebeпоškozování úzce souvisí s intenzitou.

#### **3.5.2.2.3 Intenzivnější sebeпоškozování**

Nixon (2002) zmiňuje, že k dosažení potřebného efektu je kromě častého opakování nutná i větší intenzita (Malá, 2007). Většina respondentů potvrzuje, že

aby dosáhli stejného účinku k uspokojení, nabývá jejich sebepoškozování závažnějších forem. Lolinka spolu s Ajkou popisují větší rozsah postižených oblastí:

„... ano..třeba jsem se řízla jednou, **chtěla jsem skončit a najednou jsem měla těch ran 15 ...prostě se necháte unést..je to jako inspirace..jedna kapka..druhá..**“ (Lolinka)

„já si nikdy neublížovala co se týká vážnosti (hloubky) zranění ale spíše co do množství ... v tu chvíli když už začnu tak **ovlivnit to ... je to těžké**“ (Ajka)

A zároveň přiznávají zvýšenou intenzitu co se týká hlubších řezných poranění:

„...taky když je **první rána slabá, vynahradíte si to na ostatních**... čím víc dostanete, tím víc chcete získat“ (Lolinka)

„jednou jsem si udělala **jen jednu ránu**, protože jsem si byla vědoma toho, že bych musela vysvětlovat ... ale tím to bylo **o to vážnější**, aby to "rozsahem" dalo na těch víc“ (Ajka)

Dasha, Hanulka a Misha také přiznávají, že jejich sebepoškozování nabralo časem na obrátkách a vedlo k závažnějšímu sebepoškození.

„drive to bylo jen povrchovy..potom uz do masa...proste ta bolest taky po case za chvilu otupi a pak se clovek reze vic a vic, najednou ta rana, co byla driv nebolí a de se hloub ... to je tim zvykem..zvyknes si na bolest a des **hloub a hloub**“ (Dasha)

„Občas se ani nechci hodně pořezat, jenže za ty roky se mi stává, že když se pořežu mělce, ani to necítím a tak se občas snadno stane, že **zaberu víc**, než jsem měla v úmyslu ...“ (Misha)

Misha dodává, že s dobou jejího sebepoškozování se zvyšuje i četnost ran „jedna rána mi nestačí už roky... Takže je to vždycky víc jak jedna... Jedná se ale spíš **o hloubku**“.

Dasha a Misha popisují hloubku, zatímco Hanulka mluví o velikosti rány:

„když jsem se sebepoškozovala toto jsem párkrát cítila...a to bylo ,když jsem se třeba jen lehce poškrábala...a nic mi to neudělalo..nepřineslo mi to úlevu,tak jsem vzala nůž a pořezala jsem se ..zvýšila jsem tím i tlak na nůž.a tu **ránu rozšířila**... Jo, je tomu tak....postupem času jsem zvyšovala sílu na předmět, rány byly jen větší /hlubší nikdy/...“ (Hanulka)

Hans intenzivnější sebepoškozování dle svého mínění nepocítoval, v průběhu rozhovoru se ale o něm nevědomky zmínil:

„... jak jsem se pořezal tak jsem se pořezal. u mě to bylo spontánní... ale čím dýl sem se poškozoval... tím víc **hlubší rány a delší**. Už mi to jednoduše řečeno nestačilo tak jak to bylo“

Odborníci na intenzitu a množství opakujících se epizod upozorňují jako na rizikové faktory vzniku neúmyslné sebevraždy. Kriegelová (2008, s.118) uvádí, že podle Hawtona (2005) „frekvence a intenzita může narůst až do té míry, že jedinec

ztratí kontrolu nad mírou svého zranění a to může být v konečném výsledku fatální.“ Hanulka se jako jediná z respondentů o tomto riziku sama zmínila a přirovnává ho ke zneužívání návykových látek „*je to stejné jako u drogy... vše začíná jedním škrábancem a končí to zjizveným tělem (v nejlepším případě). Někdy to může skončit smrtí (jako u drog)...*“. Toto riziko vnímá jako jeden z hlavních důvodů, proč se sebepoškozováním přestat.

#### 3.5.2.2.4 Neúspěšné pokusy omezit, kontrolovat nebo ukončit sebepoškozování

Řada odborníků poukazuje na to, že přestat se záměrným sebepoškozováním není pro jedince jednoduché. Sami respondenti tuto skutečnost potvrzují „*už pár let se snažím s tím skoncovat*“ (Ajka), „*několikrát sem to zkoušela, ale nejde to*“ (Hanulka).

Některým se již přestat podařilo (Dasha, Lolinka, Hans), a s velkou nechutí vzpomínají na pocity, které je při tom provázely:

„... nezapomenu už nikdy na to, jak **bylo těžký přestat** ... je to jako **cizí mysl v mém těle** ukazující mi obrázky a příjemné okamžiky, které mě nutí to opakovat...“ (Hans). Doplňuje, že v průběhu léčby na dětské psychiatrii pociťoval velkou absenci sebepoškozujícího chování, která ho přiváděla k recidivujícím myšlenkám „*připadal sem si troskovitě, nebyl jsem sám sebou, jako by mi něco vzali a já nad tím pořád přemýšlel a hledal způsoby jak to udělat*“.

„...mám za sebou několik pokusů, ale ten poslední snad už vyjde...“ (Lolinka). Za předchozí nezdařilé pokusy dává vinu nedostatečné vůli přestat a popisuje myšlenky, které ji na její cestě k abstinenci od sebepoškozování doprovázely: „... unášel mě pohled do krvavých kapek..protože jsem si proto vždycky uměla najít omluvu a hledat tu krásu..ten pocit štěstí který následoval... ty rány se staly každodenním chlebem ..ještě dnes se jich horko **těžko zbavuji**..“.

Hanulka, Misha a Ajka se sebepoškozováním stále potýkají, ve svém životopise mají řadu neúspěšných pokusů se sebepoškozováním přestat:

„*neúspěšné pokusy mám ...a to třeba jsem si řekla..jo, tak ted přestanu, ale nešlo to.. vždycky se našlo něco, a já nedokázala přestat*“ (Hanulka). K tomu dodává, že má sebepoškozování velmi blízko k závislosti „...osobně to jako závislost vnímám, protože **kdyby nebyla, tak jde lehce přestat** ... JE TO hrůza a jak říkám nikdy neokusit, nikdy s tím **nezačínat**“.

„*ano, je jich dost...vždycky tomu podlehnu, nevydržím nebo nemám síly se bránit*“ (Ajka). Sama hledá vysvětlení, proč její pokusy neustále selhávají „*asi by se našlo logické vysvětlení, ale pro mě je jediné, protože jsem prostě asi neschopná ..*“. I přesto, že si nevěří, odbornou pomoc odmítá a spoléhá jen sama na sebe „*formou odborné pomoci? ...*

*myslím, že ti mi nepomůžou, takže je to jen na mně .. nepřišla jsem na to jak to nedělat, prostě se ty chvíle snažím jen vydržet...“.*

*„mám za sebou pár pokusů... byla to taková ta období, kdy toho nebylo třeba a pak zase jo, tak jsem si ublížila. V rozpětí týdnů až měsíce. Jak kdy“ (Misha). Stejně jako Hanulka srovnává sebepoškozování se závislostí ve smyslu „...když se toho chceš zbavit, drží se to zuby nehty a **nejde s tím přestat**. Zdá se to nemožný“. Misha jako jedna z mála využila na své cestě k abstinenci od sebepoškozování odbornou pomoc „taky jsem docházela k psychologce, podařilo se mi to dostat trochu pod kontrolu“, se svým problémem však bojuje stále.*

### **3.5.2.2.5 Nervozita při pokusu při pokusu omezit nebo ukončit**

V souvislosti s neúspěšnými pokusy omezit, kontrolovat nebo ukončit sebepoškozování popisují respondenti řadu doprovodných obtíží, které jim jejich pokusy znepríjemňují a značně komplikují „*když jsem se zase nanovo pokoušela přestat... byla jsem celkově neklidná, podrážděná, rozladěná.. vždycky jsem ale zklamala...“ (Hanulka).*

Turnerová (2002) potvrzuje, že při omezení pokusů či ukončení sebepoškozujícího chování, se může u jedince objevit řada nepříjemných příznaků, podobných těm abstinenčním. Někteří autoři však odvykací příznaky u nelátkových závislostí popírají. Nešpor (2000) uvádí, že se s nimi můžeme setkat i u návykových poruch. Sami respondenti tyto příznaky popisují s velkou rozmanitostí od napětí (Misha, Hanulka) a nervozity (Dasha, Ajka, Hanulka, Misha), přes náladovost (Hans), neschopnost se soustředit (Hanulka, Misha), až po třes (Dasha, Ajka, Hans), pocity nevolnosti (Dasha) a nebojí se tyto příznaky označit jako abstinenční:

*„... cítila sem se uplne strasne, bylo mi zle, **proste takovej abstak**... klepaly se mi ruce ... snazila sem se nejak zabavit, nemyslet na to, cim dyl sem to vydrzela neudelat, tim snazsi to bylo ... jednou sem myslela, ze budu zvracet, trasla sem se ... deprese, tres, nevolnost, nespavost, nervozita...“ (Dasha)*

*„každý den **jako bych měla „absták“**, byla jsem v neustálém napětí, emočně hodně nestabilní – rozbřečela jsem se kvůli každé prkotině... nervozita, ztratila jsem schopnost se soustředit na běžné úkony a ovládal mě vztek“ (Misha)*

*„jsem hodně taková ... nervozní asi ne, ... snažím se to vše zahrabat v sobě, takže když se to třeba pak projeví, tak spíš jen podrážděností? Možná i náladovostí...taky třes, pláč ..jako kdyby **absták** ... mnoho lidí tvrdí, že není, ale ...“ (Ajka). Po chvílce zamyšlení dodává „často už od základní školy slýchávám a chodím někam, kde nám povídají o drogách, cigaretách a tak podobně, že na tom vzniká závislost. Často nám byly i popisovány abstinenční stavy, příznaky ... a já si nemyslím, že se nějak moc liší od toho, co často prožívám. Kdy mám vážně zastřené*



myšlení, myslím úplně primitivně, někdy propadnu sebelítostivým stavům ... klepu se, potím, brečím ... **Co by to bylo, když ne absták?**“.

„...naprosto, hlavně náladovost, v jednu chvíli euforie a v druhou absolutní černo . Třes v rukou a sluchové halucinace, ale netrvaly dlouho. Bylo to třeba obrázkama v hlavě, pořad mi je to nutilo a mě kolísala nálada.. Nejdřív se doba abstinence střídala a byla doprovázená spoustou nepříjemných pocitů, **prostě jako absták**, chtěl jsem to dělat hrozně moc.. nakonec se povedlo a už to držím pár měsíců (Hans)

Také Lolinka popisuje řadu nepříjemných příznaků, se kterými se při své snaze se sebepoškozováním skončit setkala „nervozita ano..ale to i normálně ... spíše problémy se vztahy a uzavření do sebe..taky třes občas zimnice, ale to bylo jen chvílkové“. Že by se mohlo jednat o abstinenční příznaky Lolinka odmítá a komentuje slovy „spíš jsem musela ovládat tu svoji kontrolku..byla to nejistota..najednou jsem neměla svůj zvyk..je to jako když si nemůžete umýt ruce před jídlem...s pokusem přestat přišel čas tu šíleně blikající kontrolku ovládnout a uvědomit si, že se nesmím nechat ovládat něčím co jsem si podvědomě vytvořila v mozku“. I když se podle Lolinky o abstinenční příznaky nejedná, potvrzuje, že vyvolané pocity jsou natolik nepříjemné, že způsobují přítomnost nutkavých myšlenek sebepoškozování opakovat.

#### 3.5.2.2.6 Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů

V definici závislosti je kritérium "zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů, či ztráta důležitých vztahů" důležitým a často hlavním ukazatelem závislosti. V případě sebepoškozování, však tento příznak respondenti příliš nepopisují:

„Nikdy jsem nic **nezanedbávala**. Naopak byla jsem ke všem hodná milá..aby nikdo na nic nepřišel..Zájmy jsem ani moc neomezovala, stále jsem dělala to co mě baví...“ (Hanulka)

„Naštěstí jsem měla a mám úžasné přátele, kteří mě neopustili a naopak při mně stáli, ať už jsem bláznila sebevíc. Studium jsem jakž takž zvládla. Ne, nemyslím, že tím něco riskuju. A ani jsem nikdy **neriskovala**.“ (Misha)

Otázkou je, zda-li si sebepoškozující jedinci tyto „ztráty“ vůbec připouštějí či uvědomují. Ajka sama přiznává: „ne..**nejsem si vědoma** toho, že by to něco ohrozilo ... na školu a na mé vztahy to nemá vliv“. V zápětí však přiznává problémovou komunikaci s matkou „nejsem prostě s ní schopná komunikovat. ne o sobě a svých problémech“.

Opačnou zkušenost má např. Lolinka, přiznává, že její sebepoškozování s sebou nese důsledky „...**hlavně vztahy to nepřežily**.. mě stačila chvíle na to, abych přátele "ztratila"...“. Svému sebepoškozujícímu chování dává za vinu právě ztrátu důležitých

vztahů „přišla sem také o přítele... žádný kluk nechce vidět, že se jeho holka vysvlékne a má na sobě čerstvý jizvy..“.

Kriegelová (2008) potvrzuje, že sebepoškozování silně ovlivňuje vztahy jedince s okolím, dodává, že většinou negativně. Důvodů může být hned několik, hlavní roli však může hrát uzavření se do sebe v důsledku sebepoškozování, tak jak ho popisují Hans i Dasha:

*„Ztrácel jsem vztahy, kamarády, hroutila se mi škola, zájmy jsem neměl. Byl jsem náladový, doma se to zhoršovalo, protože jsem se nechoval v rámci mezí a kazil jsem to, o kamarády jsem přišel protože jsem se **uzavřel do sebe** a poslední pokus o volání o pomoc dopadl špatně takže jsem uzavření se do sebe dokončil, škola nešla protože jsem se nedokázal soustředit a zájmy nebyly protože můj jediný zájem bylo sebepoškozování“.* (Hans)

*„hlavne vztahy sem riskovala...protoze sem se **uzavrela**, bylo mi jedno, zda odejdou nebo ne“* (Dasha)

Tento uzavírací proces může hrát roli obranného mechanismu, kterým se jedinec snaží předcházet další bolesti, bolesti, kterou by daný vztah mohl vyvolat v případě, že by zjistil pravdu o jedincově chování.

#### 3.5.2.2.7 Lhaní k zatajení sebepoškozování

Zatajení nebo ukryvání skutečného rozsahu sebepoškozujícího chování patří k nejčastěji se vyskytovaným příznakům. Sebepoškozující se jedinci se snaží své chování tajit tak, aby vůbec nevyšlo najevo „**dokážu zabránit tomu, aby to lidé o mně věděli**“ (Ajka). Výjimku tvoří jedinci, kteří své sebepoškozování vnímají jako snahu upoutat na sebe pozornost „**z počátku jsem to netajila**...Asi to zní praštěně, ale ačkoli jsem začínala, protože jsem toužila po pozornosti“ (Misha).

Nejčastější obelhávání se týká právě výskytu sebepoškozování jako takového, jedinec ho vnímá jako svůj problém, do kterého nikomu nic není a s kterým si dokáže poradit sám:

*„... nechci, aby to věděli. Je to **můj problém**, se kt se musím vypořádat a nechci aby ze mně byli třeba zklamaní nebo nechci nic vysvětlovat ... některé věci je lepší zatajit, jako třeba toto. Věřím, že jednou se mi povede přestat“* (Ajka)

*„Lhal jsem rodině, tajil jsem to přes dva měsíce, nevěděli o tom až do doby než jsem si našel psychiatra abych to řešil. Říkal jsem si že je to **moje věc** ...pak jsem měl ale silnou chvíli a vyděsilo mě že přijdu o všechny přátele a neudělám školu, nebo se stane něco horšího“* (Hans)

„lhala jsem... měla jsem pocit že je to moje věc...někomu to říct a zvlášť říct něco doktorovi pro mě bylo ponižující“ (Lolinka)

Hlavním důvodem jejich zatajování je strach z otázek, které přijdou a které bude třeba zodpovědět „*později jsem už nechtěla pozornost a odhalení hrozně děsilo. Vystala by hromada otázek apod. a já jsem v té době nechtěla pomoci... Sebepoškozování mi pomáhalo přežít a nebyl důvod se ho zbavovat. Pomáhalo mi. Bylo to to jediné, co jsem měla jako obranu proti tomu všemu negativnímu*“ (Misha), „*je to jednodušší tajit než někomu vysvětlovat co dělám a omlouvat se za to..*“ (Lolinka). Ale také strach ze zklamání blízké osoby „*Ano tajím to, aby se to nedozvěděla matka a nevěděla jak má "špatnou" dceru ..a doufám ,že to nikdy vědět nebude jinak nevím co bych dělala...Otázka je jestli si mých jizev všimla..*“ (Hanulka)

Když už se na jejich zranění přijde, často si vymýšlejí způsoby, kterými k nim údajně přišli „*... sem tam se někdo zeptal, ale měla jsem vždy vysvětlení ...*“ (Ajka), a využívají různých fiktivních nehod „*řikala sem, ze to je od kocky..*“ (Dasha).

S lhaním a utajováním svého chování jedinci pokračují, i s vědomím vzniku dalších problémů „*... jsem si vědoma toho, že to není správné jednání a že to jen přinese problémy navíc..jako skrývání, lhaní a opakované jednání ...plus ty výčitky a podobné pocity... nechci ale, aby to věděli*“ (Ajka).

Sebepoškozující chování je tak jedincem drženo velmi dlouho v tajnosti.

### 3.5.2.2.8 Sebepoškozování jako únik

Motivů, které vedou jedince k sebepoškozování je řada, cílem je ale vždy únik, únik od problémů či dysforické nálady:

„*... vzdyt je to utek svym způsobem, utek od všech tech problemu*“ (Dasha).

„*... ano, cílem je jen zbavit se toho, co cítím, nic víc...těch pocitů, že jsem neschopná, hloupá a tak ...*“ (Ajka)

„*...únik ..když jsem měla pocit, že je situace ze které nemůžu uniknout dostala jsem se od ní dál odlivem krve..* (Lolinka)

„*...Rozhodně. Cílem byla ta finální apatie, která tohle všechno přebila a zůstala jen ona, nic víc. To bylo perfektní.*“ (Hans)

„*Vnímám sebepoškozování jako způsob zvládání stresu, úzkostí, deprese, vlastních pocitu... Je to jakási sebekontrola*“ (Misha)

„*...jo .když jsem měla problém...pořezala jsem se..a když jsem byla smutná,v depresi atd..tak jsem se pořezala také..je to způsob utíkání...*“ (Hanulka)

Únik jako reakce na krizové situace, kdy jedinec není schopen vyhodnotit danou situaci a reagovat adekvátním způsobem „*když jsem měla pocit, že je situace ze které nemůžu uniknout dostala jsem se od ní dál odlivem krve..*“ (Lolinka), která mu poskytuje okamžitý pocit úlevy a euforie, který je ale jen krátkodobý „... *nechces resit problémy a tak si ublizis ... a mas na chvíli klid*“ (Dasha), „...*někdy první reakce může být, že si ublížím a tím od toho na chvíli uteču*“ (Ajka). V zápětí následují pocity viny a studu za svoji slabost i za svůj čin „...*pak cítím bolest když si uvědomím co jsem to udělala "za blbost"* (Hanulka). Opět přichází vlna negativních emocí, která může opětovně vyvolat sebepoškozování „*někdy bych to udělala i ze vzteku na sebe... když se chci zbavit toho, že si ubližuju*“ (Ajka). Tímto se uzavírá „začarovaný kruh“, z kterého nelze tak snadno vyklouznout „*pak zas přijde to hrozné napětí a bolest při kterých mám pocit, že mě uvnitř musí rozervat na kusy. Nejsem schopná vydržet tu bolest uvnitř... a zas to jede ...*“ (Ajka), „*nejdříve přišlo uvolnění, potom výčitky, nakonec absolutní lhostejnost a to vedlo k dalším...*“ (Hans).

### 3.5.3 Motivy opakovaného sebepoškozování

#### 3.5.3.1 Data získaná z dotazníku

Otázku, co vede respondenty k opakovanému sebepoškozování, jsem ponechala v dotazníku otevřenou pro volné odpovědi respondentů. Nejčastěji používanými odpověďmi byla slova „pocit úlevy, únik od problémů či silné nutkání,“.

Blíže se na tyto motivy podíváme s respondenty kvalitativního šetření.

#### 3.5.3.2 Data získaná z rozhovoru

Hlavním motivem, který přivádí jedince k opakovanému sebepoškozování je již několikrát popisovaný silný nutkavý pocit „*opakované nucení sáhnout po noži a říznout se a ucítit úlevu od problémů* (Dasha), „*nutkavý neovladatelný pocit, který vyhazoval kontrolku: musíš, musíš!..a tak jsem to udělala..bylo to jako v transu..nevěděla jsem proč a co dělám..ale bylo to krásné, uvolňující*“ (Lolinka).

Ajka toto opakované jednání připisuje závislosti „*myslím si že za tím stojí spíše závislost...protože někdy je to opravdu těžké překonat ... vlastně téměř vždy, já ani pořádně nevím, proč to pořád chodí, nedokázala jsem to vypozorovat, abych se takovým situacím pak vyhnula*“. Dodává, že sebepoškozování je už natolik její součástí, že má strach s tím přestat „*asi abych nepřišla o kus sebe (asi to zní směšně)... Líbí se mi, že vždy přijde ta úleva.*“

Příjemné uvolňující pocity, které sebepoškozování často přináší, jsou popisovány různě, většinou jsou ale uváděny jako jedním z dalších motivů, které vedou k opakovanému sebepoškozování:

*„nejprve většinou ta samá situace (vztek a sebevina), a později jsem to opakoval jen proto že **se mi to líbilo**. Ten akt samotný, ta krev, ty rány, to ničení sebe sama, to mě fascinovalo a vzrušovalo...vyvolávalo to jen příjemné pocity ..souvisely se zalíbením, slast, vzrušení“ (Hans)*

*„vzdychy mi prislo, ze sem uvnitr prazdna a je tam jen bolest, potom sem prebijela tu psychickoou bolest tou fyzickou ulevovalo se mi ...uklidnovala me ta tekouci krev...**bylo to příjemny** pro me ... hnedka zapomenes na vsechny problemy..takhle je to příjemny ..tak proc s tim skoncit..“ (Dasha)*

*„Miluji ten **pocit úlevy**, kdy se to uvnitř sníží na vydržitelnou hladinu ...úleva ... jak často to slovo používám, co?.. Chci přestat a zároveň se bojím přestat, protože ty pocity uvolnění jsou téměř nenahraditelné.“ (Ajka)*

*„nutí tě to **uvolnění**..odliv všeho špatného v každé kapce která jde ven..je to jako lék, který dlouho nepřišel a je mnohem účinnější, protože tomu věříte.. přenáším tak psychické rány na tělo, takže vlastně vychází ven a pomyslně mizí“ (Lolinka)*

Tyto příjemné pocity uvolnění a uklidnění se mohou stát návykovými a to zejména v případě, že jedinec neobjeví jiný způsob copingové strategie, která by mu pomohla od nepříjemných pocitů „Ty pocity úlevy jsou **nenahraditelné**...dělám to asi proto, protože jsem ještě nenarazila na nic, co by mi je vyvolalo stejně tak silné a účinné ..“ (Ajka), „**Neobjevila** jsem žádný jiný **tolik účinný způsob** zbavení se napětí (Misha). Vypjaté situace, se kterými si jedinec i nadále setkává, tak mají za následek nutkavou potřebu nepříjemné vzpomínky a pocity zahánět stále častějším sebepoškozováním:

*„...bylo to, jako by mě někdo celou obsadil jedinou myšlenkou, přicházelo to kdykoliv ať chci nebo ne.. **nedalo se to zastavit**..“ (Lolinka)*

*„... je to jako cizí mysl v mém těle ukazující mi obrázky a příjemné okamžiky, které mě **nutí to opakovat**“ (Hans)*

Hans dodává, že sice se časem objeví jakési pochybnosti o správnosti tohoto chování, ty jsou ale velmi rychle nahrazeny ujištěním, že není proč pochybovat: „Z ničeho nic se projeví jako střela a začne v hlavě vymýšlet otázky typu „**dělám správný věci?**“ atd., nakonec jí přebije myšlenka „ **s tímhle přece zvládnou všechno sám**“.

### 3.6 Diskuze

V této části bych ráda zaměřila na shrnutí výsledků této práce a na základě teoretických poznatků a dat získaných z výzkumného šetření, bych ráda poukázala na možný vznik návykového chování na sebepoškozování.

Domnívám se, že ve výzkumu byly nalezeny odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Mimo jiné se potvrdilo se, že většina sebepoškozujících jedinců vnímá své chování jako závislost, kterou přirovnávají k závislosti látkové. Hlavním důvodem, proč tomu tak je, jsou jejich opakované neúspěšné pokusy sebepoškozování ukončit, ale také přítomnost nutkavých myšlenek, které jim toto chování neustále podstrkují.

Vymezení sebepoškozování jako návykového chování je však poměrně složitější, a to zejména z důvodu, že názory na tuto problematiku se často liší. Existují názory, které uvádějí sebepoškozování jedinec jako příznak či diagnostické kritérium u nějaké psychické poruchy (např. Platznerová, 2009). Jiní sebepoškozování dávají do souvislosti i s řadou dalších psychiatrických diagnóz (např. Babáková, 2003). A někteří ho považují právě za návykový typ poruchy (např. Kocourková, 2003; Malá, 2007; Turner, 2002). Některé výzkumy dokonce potvrzují, že se sebepoškozování může rozvinout do formy návykového chování.

V této práci jsem při zkoumání sebepoškozování jako specifické formy návykového chování vycházela z diagnostických kritérií pro patologické hráčství, které jsem upravila k povaze sebepoškozujícího chování. Cílem bylo zmapovat výskyt těchto kritérií u sebepoškozujících se jedinců a zjistit, které prvky sebepoškozování jako návykového chování se u jedinců vyskytují.

Na základě výpovědí sebepoškozujících se jedinců jsem usuzovala na přítomnost jednotlivých diagnostických kritérií. Domnívám se tedy, že z hlediska diagnostických kritérií závislosti lze u sebepoškozování hovořit o výskytu následujících: bažení, zvyšování tolerance, zhoršené sebeovládání, „abstinenční příznaky“, riskování ztráty důležitých vztahů.

*Nadměrné zaujetí* se nejčastěji u sebepoškozujícího jedince objevuje ve stresových situacích. Jedinec je zahlcen myšlenkami a představami o sebepoškození, které by mu poskytlo pocity uvolnění. Touha po uvolnění se u jedince stupňuje tak, že si akt sebepoškození nakonec vynutí. Tato silná touha či nutkání se sebepoškodit se však nedočká dlouhodobého uspokojení, za krátko se dostaví pocity viny a výčitek

z existence nového poranění. Nutkavá touha na sebe nenechá dlouho čekat a objevují se další myšlenky o sebepoškození.

*Zhoršené sebeovládání* úzce souvisí s touhou opakovat sebepoškozující chování. Sebepoškozující jedinec má potíže se bránit svým nutkavým myšlenkám, které ho neustále provázejí, jimž přes veškeré snahy se bránit, nakonec vždy podlehnou s pocitem, že to vše vyřeší. Po krátkodobém uvolnění a uspokojení nastoupí emoce, které mají tendenci vést jedince k dalšímu aktu sebepoškození.

*Zvyšování tolerance* je charakteristické tím, že u opakovaného sebepoškozování je k dosažení potřebného efektu uspokojení potřeba větší intenzita a časté opakování sebepoškození. Sebepoškození tak může nabírat závažnějších forem co se týká rozsahu postižených oblastí, ale také rozsahu jednotlivých ran.

*Abstinenční příznaky* jsou jedním ze znaků, které jsou pro závislost charakteristické. Setkáváme se s nimi ve formě psychických či fyzických symptomů. Také sebepoškozující se jedinci tyto příznaky popisují. Popisují je jako nepříjemné pocity, s kterými se střetávají v případě, že se snaží ukončit či omezit své sebepoškozující chování. Nejčastěji se objevujícími příznaky jsou nervozita, neschopnost se soustředit, napětí, dále náladovost, mezi méně zmiňované, ale ne výjimečné, patří třes, bolest hlavy a pocity nevolnosti. Sami sebepoškozující nazývají tyto příznaky abstinenčními. V případě sebepoškozování se jedná o příznaky, spojené s nepřítomností sebepoškozujícího chování a neschopností jedince se vyrovnat se vzniklým stresem jiným způsobem.

*Riskování ztráty důležitých vztahů* jsou dalším negativním dopadem sebepoškozujícího chování. Kdy sebepoškozující se sebepoškozováním často pokračují i navzdory společenským následkům, které si ale nedávají do souvislosti s tímto chováním a nedomnívá se, že by na ně skutečně mohlo sebepoškozování mít vliv. Pravdou však je, že své sebepoškozující chování drží často v tajnosti, uzavírají se do sebe a vystavují se tak sociální izolaci. Jedinci často hovoří o problémech v rodině či partnerských vztazích.

Z výsledků vyplývá, že sebepoškozování se v některých ohledech velmi podobá závislosti jako takové. Z tohoto pohledu se dá nad sebepoškozováním uvažovat jako nad návykovým chováním, které má se závislostí mnoho společného.

Na závěr je třeba zmínit, že pokud bychom chtěli tyto závěry nějakým způsobem objektivizovat, bylo by v tomto případě nutné vypracovat další a podrobnější výzkum, který by tyto mé závěry buď potvrdil nebo vyvrátil.

### 3.7 Závěr

V úvodu práce byl stanoven cíl, prostřednictvím diagnostických kritérií (odvozených od diagnostických kritérií pro patologické hráčství podle DSM-IV) popsat sebepoškozování jako specifickou formu návykového chování.

V teoretické části jsme se zabývali vymezením sebepoškozování a dalších pojmů, které s ním souvisí. Popisovali jsme jeho vznik a průběhu, který je svou repetitivní povahou rizikovým faktorem pro vznik návykového chování. Na základě teoretických poznatků lze sebepoškozování považovat za formu návykového chování, nikoliv však za závislost v pravém slova smyslu, tak jak ji definují klasifikační systémy.

V praktické části byla využita dotazníková metoda, jako mapující prvek této práce, stěžejní metodou byly rozhovory se sebepoškozujícími jedinci. Z výzkumného šetření vyplývá, že sami sebepoškozující na své chování jako na závislostní nahlízejí. Proto byla stanovena kritéria, jenž měly zmapovat výskyt jednotlivých příznaků u sebepoškozujících se jedinců a najít určitou podobnost s příznaky látkové závislosti. Je sice pravdou, že z výsledků vyšlo, že má sebepoškozování se závislostí společné určité znaky, jako intenzivní puzení, spolu se zaujetím myšlenkami a představami o sebepoškozování, zvyšování tolerance, zhoršené sebeovládání, „abstinenční příznaky“, riskování ztráty důležitých vztahů, časté opakované epizody, i přesto ho ale nelze za závislost pokládat.

Zjištění, že se sebepoškozování v určitých znacích shoduje, může být signálem k dalšímu zkoumání. Na základě výsledků této práce sdílím názor některých odborníků, že by mělo být sebepoškozování zařazeno do diagnostických manuálů jako samostatná porucha.



## Seznam literatury

Babáková, L. (2003). Sebepoškozování v dětství a adolescenci. Psychiatrie pro praxi 2003/4. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2003/04/05.pdf>

Bocquée, Alison L. (2007). Testing a Process Model of Self-Injury: Stress, Affect Regulation, and Coping. Griffith University. Staženo v lednu 2010. Dostupné z: <http://www4.gu.edu.au:8080/adroot/uploads/approved/adtQGU20071025.150001/public/02Whole.pdf>

Černá, A. (2008). Adolescenti a blogy: sebepoškozování jako téma online komunity. Bakalářská práce.

Favazza, A. (1996). Bodies Under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry. 2nd edition: JHU Press. Dostupné z: <http://books.google.cz/booksid=BwQT9fdZNdgC&printsec=frontcover&sig=ACfU3U0Kb5pcTMJMSEBYBTtMwjJNtvQpsw>

Ferjenčík, J. (2000) Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál.

Fox, C., Hawton, K. (2004). Deliberate self-harm in adolescence. 1st edition: Jessica Kingsley Publishers. Dostupné z: <http://books.google.cz/books?id=39n0j4N71K4C&printsec=frontcover&dq=Rodham+a+Hawton&source=gbs>

Gardner, F. (2002). Self-harm: a psychotherapeutic approach. 1st edition: Taylor and Francis. Dostupné z: <http://books.google.cz/books?id=di2tkbkCZgAC&printsec=frontcover&dq=Rodham+a+Hawton&source=gbs>

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: Self report survey in schools in England. British Medical Journal, 7374, 1207 –1211. Dostupné z: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/325/7374/1207>

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. (2006). By their own young hand: deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescent. 1st edition: Jessica Kingsley Publishers.

Dostupné z:

[http://books.google.cz/books?id=SQtaq8TJlyEC&printsec=frontcover&dq=Rodham+a+Hawton&source=bl&ots=irne7RyTk&sig=DvzMffOVbO\\_TknIDpvmQXZcMJWU&hl=cs&ei=2vIWTJvYGYWcOIG9J4O&sa=X&oi=book](http://books.google.cz/books?id=SQtaq8TJlyEC&printsec=frontcover&dq=Rodham+a+Hawton&source=bl&ots=irne7RyTk&sig=DvzMffOVbO_TknIDpvmQXZcMJWU&hl=cs&ei=2vIWTJvYGYWcOIG9J4O&sa=X&oi=book)

Hortl, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kol. (2000). Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál.

Chromý, K. (1999). Závislost na sexu. Psychiatrie, 2, 86-88. Dostupné z:

<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH299/04chromy.htm>

Kabíček, P. (2006). Nová morbidita mládeže. Sanquis, 8, 48, 16-16.

Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art184>

Kalina, K., et al (2003). Drogy y drogové závislosti. Mezoborový přístup. Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. , et al (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada.

KING, R., APTER, A. (2003). Suicide in Children and Adolescents.: Cambridge University Press, p 320. Dostupné z :

<http://books.google.cz/booksid=SEq1nvPbITMC&printsec=frontcover&sig=ACfU3U3JbPsa3q6Jg7CieXfU8qjlb6vW9w>.

Kolář, J. (2007). Motivace k sebepoškozování a jeho prožívání u adolescentů.

Bakalářská práce.

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. (2007). Sebevražedné chování : Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících. Praha: Portál.

Krbcová, L. (2007). Žiletka, má lásko. Reflex, 7, 28-31.

Kriegelová, M. (2008). Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. Praha: Grada.

Langmeier, J. & Krejčířová, D. (1998). Vývojová psychologie. Praha: Grada.

Macek, P. (2003). Adolescence. Praha: Portál.

Malá, E. a kol. (2007). Dítě a stres. Praha: Tigis.

Mental Health Foundation. Truth About Self-Harm [online]. 6.2006. Dostupné z:  
<http://www.mentalhealth.org.uk/publications/?EntryId5=38714>.

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2009). Desátá revise. , Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z:  
<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Nešpor, K. (2000). Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál.

PLANTE, L., HAYWARD, Ch. (2007). Bleeding to Ease the Pain: Cutting, Self-Injury, and the Adolescent Search for Self. 1st edition.: Greenwood Publishing Group.  
Dostupné z:  
[http://books.google.cz/booksid=XgO2u4GmBdQC&printsec=frontcover&source=gbs\\_s ummary\\_r&cad=0](http://books.google.cz/booksid=XgO2u4GmBdQC&printsec=frontcover&source=gbs_s ummary_r&cad=0).

Platznerová, A. (2009). Sebepoškozování. Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén.

PRAŠKO, J., et al (2005). Sebepoškozování: STUDIJNÍ MATERIÁL pro účastníky Výcvikového kurzu KBT 2005–2009 ODYSSEA – Mezinárodní institut KBT. Dostupné z:  
[http://www.kbtinstitut.cz/materialy/jano/prasko\\_herman\\_doubek\\_praskova\\_sebeposkozovani.pdf](http://www.kbtinstitut.cz/materialy/jano/prasko_herman_doubek_praskova_sebeposkozovani.pdf).

Richardson, C. (2006). The truth about self-harm. Dostupné z:  
<http://www.thesite.org/healthandwellbeing/mentalhealth/selfharm>

Šerý, O. (2001). Patologické hráčství. Psychiatrie pro praxi, 1, 161-164. Dostupné z:

[http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2167&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2167&magazine_id=2)

Turner, V.J. (2002). Secret scars: uncovering and understanding the addiction of self-injury. Hazelden Foundation. Dostupné z:

<http://books.google.cz/books?id=ig6YbFaDHJYC&printsec=frontcover&dq=secret+scars&hl=cs&ei=u41qTID5A6mL4gbV6c3AAQ&sa=X&oi=book>

Ulbertová, Z. (2007). Sebepoškozování. In *Děti a jejich problémy II: sborník studií*. Sdružení linky bezpečí.

Vágnerová, M. (2005). Základy psychologie. Praha: Karolinum.

Yamanotová, A. & Rokyta, R. (2005). Proč studovat bolest u animálních modelů psychiatrických onemocnění?. *Psychiatrie*, 3, 29-33.

Young, R., Sweeting, H., West, P. (2006). Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: longitudinal cohort study. BMJ Publishing Group Ltd. Dostupné z:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1458563>

Zahradník P. (2005). Patologické hráčství – psychodynamické aspekty etiologii a ambulantní terapii. *Psychiatrie pro praxi*, 2, 87-90. Dostupné z:

<http://www.solen.cz/pdfs/psy/2005/02/08.pdf>

### **Internetové zdroje**

<http://www.crpsib.com>

<http://www.mentalhealth.org.uk>

<http://selfmutilatorsanonymous.org/>

## **Příloha: Dotazník**

Dobrý den,

Dostává se vám do rukou dotazník, jehož cílem je provést výzkum k bakalářské práci na téma Sebeпоškození jako specifická forma návykového chování. Pomocí tohoto výzkumu bych ráda poukázala na možný vznik závislostního chování na sebeпоškození.

Jsem studentka oboru adiktologie na 1.Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Adiktologie je multidisciplinární obor, zabývající se nejrůznějšími formami užívání návykových látek a jinými podobami potenciálně závislostního chování.

Jestliže se v současnosti potýkáte nebo jste se někdy v minulosti potýkali se sebeпоškozením, pak bych vás prostřednictvím těchto webových stránek ráda požádala o pravdivé a upřímné vyplnění tohoto dotazníku. Některé otázky v dotazníku se vám můžou jevit jako velmi citlivé až nepříjemné, i přesto vás poprosím o jejich zodpovězení. Nikoliv z důvodu mé zvědavosti, ale zejména proto, aby mi vaše odpovědi pomohly lépe porozumnět tomuto jevu, ale především aby pomohly objasnit tolik diskutované téma sebeпоškození. Předpokládám, že i vám může tento dotazník pomoci ujasnit si některé složitější věci týkající se právě této problematiky a najít mezi nimi souvislost.

Dotazník je anonymní. Vaše odpovědi nebudu hodnotit, zda-li jsou správné či chybné, odpovídejte proto prosím pravdivě. Po uvážení napište odpověď nebo zatrhněte jednu i více z možných odpovědí u každé otázky (můžete také odpovědi doplnit vlastními slovy). Snažte se, prosím, odpovědět na všechny otázky, aby mohl být průzkum hodnotitelný.

Pokud je sebeпоškozením u vás již minulostí, odpovídejte prosím na otázky tak, jak tomu bylo v době vašeho sebeпоškození.

Za vaše odpovědi předem děkuji.

Lucie Šímová

Studentka oboru adiktologie, 1.LF UK

1. Máte nějaké zkušenosti se sebepoškozováním?
  - ano
  - ne
2. Vybaví se vám vaše první zkušenost se sebepoškozením?
  - ano
  - ne
3. Pokud ano, kolik vám bylo let?
4. Co bylo hlavním důvodem vašeho prvního sebepoškození? (Vyberte jednu nebo více odpovědí)
  - únik ze stresu     napodobování jiných
  - svedení jinou osobou     únik z nudy
  - řešení vztahových problémů     osobní krize
  - ztráta blízkého     užívání návykových látek
  - zdravotní problémy     velká životní změna     protest
  - snaha něco získat     vyhnout se něčemu     jiné (uved'): \_\_\_\_\_
5. Sebepoškozujete se pravidelně? Pokud ano, jak často?
  - ano      Jak často?
  - ne
6. Co vás vedlo k tomu sebepoškozování opakovat?
7. Popište detailněji, jakým způsobem se sebepoškozujete? A kde na těle?
8. Co je hlavní příčinou vašeho pravidelného sebepoškozování? ? (Vyberte jednu nebo více odpovědí) Pokud vyberete více důvodů, pokuste se je seřadit podle důležitosti tak, že k nim jednotlivě přiřadíte čísla s tím, že číslo 1=nejdůležitější .
  - únik ze stresu     napodobování jiných
  - svedení jinou osobou     únik z nudy
  - řešení vztahových problémů     osobní krize
  - ztráta blízkého     užívání návykových látek

- zdravotní problémy  velká životní změna  protest
- snaha něco získat  vyhnout se něčemu
- závislost na sebepoškozování  jiné (uved'): \_\_\_\_\_

9. Jak vnímáte své sebepoškozování?

- závislost
- životní styl

10. Pokud ano, jak byste svou závislost na sebepoškozování popsali?

11. Přináší vám sebepoškozování nějaké zisky? Pokud ano, jaké?

- ano      Jaké? \_\_\_\_\_
- ne

12. Uspokojuje sebepoškozování vaše potřeby?

- ano
- ne

13. Pokud ano, jak by jste toto uspokojení popsali?

Následující otázky se zaměřují na možný vznik závislostního chování na sebepoškozování. Po pečlivém přečtení zatrhněte prosím jednu z možných odpovědí. V případě, že odpovíte ano, můžete jednotlivé otázky 14-22 doplnit o své zkušenosti a zážitky .

14. Cítíte, že jste nadměrně zaujatí sebepoškozováním (míváte intenzivní touhu se sebepoškodit, znovu si připomínáte předcházející sebepoškození nebo plánujete následující)?

- ano, v průběhu posledního roku
- ano, dříve
- ne

15. Cítíte potřebu se sebepoškozovat stále častěji, abyste dosáhli uspokojení?
- ano, v průběhu posledního roku
  - ano, dříve
  - ne
16. Máte za sebou neúspěšné pokusy omezit, kontrolovat nebo ukončit sebepoškozování?
- ano, v průběhu posledního roku
  - ano, dříve
  - ne
17. Jste nervózní, neklidný, náladový a podrážděný při pokusu omezit nebo ukončit sebepoškozování?
- ano, v průběhu posledního roku
  - ano, dříve
  - ne
18. Stává se vám, že se sebepoškozujete mnohem intenzivněji, než jste plánovali?
- ano, v průběhu posledního roku
  - ano, dříve
  - ne
19. Riskujete ztrátu důležitých vztahů, zanedbáváte studium nebo své zájmy a jiná potěšení v důsledku sebepoškozování?
- ano, v průběhu posledního roku
  - ano, dříve
  - ne
20. Lhali jste někdy rodinným příslušníkům, lékařům nebo jiným lidem, abyste zatajili skutečný rozsah svého sebepoškozování?
- ano, v průběhu posledního roku
  - ano, dříve
  - ne



21. Vnímáte svoje sebepoškozování jako způsob úniku od problémů nebo jako způsob zvládnání dysforické nálady (tj. pocity bezmocnosti, viny, úzkosti, deprese)?

- ano, v průběhu posledního roku
- ano, dříve
- ne

22. Pokračujete se sebepoškozováním i přes jasné důkazy toho, že toto jednání škodí vašemu zdraví nebo to ohrožuje jiné pro vás důležité hodnoty?

- ano, v průběhu posledního roku
- ano, dříve
- ne

23. Zkoušeli jste se sebepoškozováním někdy přestat? Pokud ano, jak dlouho jste to vydrželi?

- ano      Jak dlouho jsi vydržel/a?
- ne

24. Zpozorovali jste někdy po dobu omezení či odpoutání se od sebepoškozování nějaké z těchto příznaků? Pokud ano, vyberte které:

- neovladatelná, nutkavá touha se znovu sebepoškodit
- zaujetí myšlenkami a představami sebepoškozování a okolnostmi,

které toto jednání doprovázejí

- podrážděnost, nervozita
- neschopnost se soustředit
- špatná nálada, deprese
- neklid
- netrpělivost
- nespavost
- pokles schopnosti zvládat stresové a jiné zátěžové situace
- vztahové problémy (v rodině, ve škole, apod.)

vnitřní chvění či bušení srdce

pocení

jiné (uved'): \_\_\_\_\_

25. Snažili ste se nahradit sebepoškozování něčím jiným?

ano

ne

26. Pokud ano, čím?

jídlo  práce  kultura  spánek  hudba

sport  alkohol  cigarety  jiné návykové látky (uved'): \_\_\_\_\_

jiné (uved'): \_\_\_\_\_

27. Z níže uvedených bodů vyberte všechny ty, které se u vás objevily v důsledku sebepoškozování:

záškoláctví  šikana  rozvrácené rodinné vztahy

užívání návykových látek  násilí na druhých

ztráta zájmových aktivit  ztráta nejbližších kamarádů

delikvence a kriminalita  zdravotní problémy  omezení

kontaktů  lhaní  poruchy příjmu potravy  jiné (uved'): \_\_\_\_\_

28. Užili jste v průběhu 12 měsíců nějakou návykovou látku?

ano

ne

29. Pokud ano, jakou/jaké?

marihuana  alkohol  cigarety  pervitin

kokain  LSD  heroin  těkavé látky

benzodiazepiny  jiné (uved'): \_\_\_\_\_

30. Jak často užíváte návykovou látku/látky?

- každý den nebo téměř každý den     2-3 x týdně  
 2-4x za měsíc  
 jednou za měsíc nebo méně často

31. Návykovou látku zpravidla užíváte:

- před sebepoškozením  
 po sebepoškození  
 mimo sebepoškozující jednání

32. Sebepoškozujete se v současné době? Pokud ne, jak je to dlouho, co jste s tím přestali?

- ano  
 ne      Jak dlouho ne?

33. Léčili jste se někdy se sebepoškozováním? Pokud ano, kde?

- ano      Kde?  
 ne

34. Léčili jste se někdy s nějakou jinou psychickou poruchou? Pokud ano, s jakou?

- ano      S jakou?  
 ne

35. Pohlaví

- žena  
 muž

36. Věk

37. Nejvyšší dosažené zdělání

- ZŠ     SOU     SOU s maturitou     SŠ     VOŠ     VŠ

38. V současnosti jste:

- student     zaměstnaný     podnikatel/osvč     nezaměstnaný  
 invalidní důchodce     v domácnosti

39. V jakém vztahu žijí vaši rodiče?

žijí společně  jsou rozvedeni  vdovec, vdova  svobodná

matka  rodič žije s druhem/družkou

40. Bydlíte v současnosti s rodiči?

ano

ne Jak dlouho?

41. Jaký máte vztah k rodičům?

láskyplný  průměrný  lhostejný  nepřátelský

42. Máte sourozence?

ano Kolik?

ne

43. Jaký máte vztah k sourozencům?

láskyplný  průměrný  lhostejný  nepřátelský

44. Byly/Jsou nějak narušovány vaše rodinné vztahy?

ano

ne

45. Pokud ano, kdo byl hlavním narušitelem?

matka  otec  sourozenec  jiná osoba (uved'): \_\_\_\_\_

46. Jak narušoval vaše rodinné vztahy?

nevěra  násilí v rodině  trestná činnost  nemoc

gambling  alkohol  sebevražda  jiné návykové látky (uved'): \_\_\_\_\_

jinak (uved'): \_\_\_\_\_

47. Byli byste ochotní poskytnout v rámci výzkumu k této bakalářské práci krátký rozhovor a zasvětit mě hlouběji do svého problému sebepoškozování? Pokud ano, uveďte na sebe nějaký kontakt, nejlépe icq nebo e-mail. Nebo se můžete sami ozvat na e-mailovou adresu: **sebeposkozovani.adiktologie@gmail.com**

ano      kontakt:

ne

Děkuji, že jste vydrželi a vyplnili tento dotazník.

Lucie Šímová,

Studentka oboru adiktologie, 1. LF UK v Praze