

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Tereza Šilhavá**

**Sebepoškození a závislost, jejich podoby a odlišnosti**

Self-harm and addiction, their resemblance and differences

**Bakalářská práce**

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Praha, 2020

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne

Tereza Šilhavá

Podpis

### **Identifikační záznam**

ŠILHAVÁ, Tereza. *Sebepoškozování a závislost, jejich podoby a odlišnosti. [Self-harm and addiction, their resemblance and differences]*. Praha, 2020. 41 s. Bakalářská práce (Bc).

Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Jaroslav Vacek.

### **Poděkování**

Děkuji Mgr. Jaroslavu Vackovi za odborné vedení mé práce, cenné rady a trpělivost. Dík patří také mé rodině a přátelům za podporu a rady.

## **Abstrakt**

**Východiska:** Sebepoškozování si je v určitých ohledech podobné se závislostí. Vyskytuje se nejčastěji u mladistvých a mezi sebepoškozujícími klienty se objevuje zvýšená prevalence užívání návykových látek a alkoholu.

**Cíl:** Cílem této práce je nalezení podob a odlišností mezi sebepoškozováním a závislostí. Výzkumné otázky pro upřesnění cíle zní: V jakých aspektech se sebepoškozování a závislost shodují? V jakých aspektech se sebepoškozování a závislost odlišují? Jak se prolíná klientela sebepoškozujících s klientelou závislých?

**Metody:** Tato práce je teoretická, data jsou získaná z odborných článků a studií. Data byla analyzována pomocí komparace a indukce.

**Výsledky:** Výsledky ukazují, že sebepoškozování má podobný průběh jako závislost. Tento průběh má tendence se opakovat. V obou případech se objevují silné emoce před danou činností a následná úleva po jejím provedení na kterou později navazuje touha dané chování opakovat. Mezi sebepoškozujícími klienty se ukázal vyšší výskyt zneužívání alkoholu a jiných návykových látek, mezi souběžné poruchy se v obou případech často řadí deprese, hraniční porucha osobnosti a posttraumatická stresová porucha. Farmakoterapie se u sebepoškozování nevyužívá tolik jako u závislosti.

**Závěr:** Tyto zjištění nabádají k dalšímu výzkumu a poukazují na případnou možnost aplikovat některé informace a strategie, které se využívají u závislosti, také u sebepoškozování.

**Klíčová slova:** sebepoškozování, sebepoškozující chování, závislost, závislé chování

## **Abstract**

**Background:** In certain aspects, self-harm and addiction share similarities. They both mostly occur among juveniles, moreover, there is an increased prevalence of alcohol and substances abuse among the self-harming clients.

**Aim:** The objective of this thesis is to find the similarities and differences between self-harm and addiction. The research questions clarifying the objectives are: In what aspects do self-harm and addiction match? In what aspects do they differ? How does the self-harming and addicted clientele conjoin?

**Methods:** This thesis is theoretical, the data is acquitted from professional articles and studies and was analyzed using comparison and induction.

**Results:** The results show that self-harm has similar course to the course of addiction and this pattern tends to repeat. In both cases, there is an occurrence of strong emotions preceding the activity followed by a strong relieve right after the performance of the act which is later followed by a desire to repeat the behaviour. A higher rate of alcohol and other substances abuse has shown among self-harming client, while depression, borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder often ranks among the concurrent disorders for both of those behaviours. Pharmacotherapy does not usually apply in treating self-harm behaviour as much as in treating addictions.

**Conclusion:** Therefore, those findings urge for a further research in this area and refer to the possible application of certain information and strategies applied to addiction therapy also to self-harm.

**Key words:** self-harm, self-injury behavior, addiction, addictive behavior

# Obsah

1.	Úvod.....	8
2.	Definice sebepoškozování .....	9
3.	Definice závislosti.....	10
4.	Diagnostika .....	11
4.1.	Diagnostická kritéria sebepoškozování.....	11
4.2.	Diagnostická kritéria závislosti .....	11
4.2.1.	Srovnání diagnostických kritérií .....	12
5.	Průběh .....	13
5.1.	Průběh sebepoškozování .....	13
5.2.	Průběh závislosti .....	13
5.2.1.	Craving .....	14
5.2.2.	Srovnání průběhu .....	14
6.	Stigmatizace.....	16
6.1.	Srovnání míry stigmatizace.....	17
7.	Etiologie.....	18
7.1.	Etiologie sebepoškozování.....	18
7.2.	Etiologie závislosti .....	19
7.2.1.	Srovnání etiologie.....	21
8.	Léčba.....	22
8.1.	Farmakoterapie sebepoškozování .....	22
8.2.	Farmakoterapie při léčbě závislosti.....	23
8.2.1.	Srovnání farmakoterapií .....	23
8.3.	Psychoterapie sebepoškozování .....	24
8.4.	Psychoterapie závislosti .....	25
8.4.1.	Srovnání psychoterapií .....	27
9.	Prevalence souběžných poruch .....	28
9.1.	Sebepoškozování a prevalence jiných poruch.....	28
9.2.	Závislost a prevalence jiných poruch .....	29
9.2.1.	Srovnání prevalence jiných poruch .....	30
10.	Diskuze a závěry .....	31
11.	Zdroje a použitá literatura.....	34

# 1. Úvod

Bakalářská práce se zabývá rozdíly i podobami mezi závislostí a sebepoškozením. Mezi klienty, kteří se potýkají se závislostí se objevují také klienti, kteří se potýkají s problémem sebepoškození, a to hlavně adolescenti. Pokud se zaměříme na sebepoškození, tak objevíme určité závislostní rysy, což dává tyto dva problémy do spojitosti a nabádá to k bližšímu prozkoumání. Na toto téma vznikl jen omezený počet studií, všechny jsou ovšem zahraniční, u nás toto téma není dostatečně popsáno. Během mého studia adiktologie jsme se tomuto tématu během výuky nevěnovali, i přestože se s touto problematikou budeme jako pracovníci v adiktologických službách v budoucnu setkávat. Zvýšená edukace o sebepoškození by snížila míru stigmatizace, se kterou se tito jedinci setkávají a obzvláště u adiktologů by připodobnění k závislosti mohlo mít pozitivní vliv na pochopení této problematiky.

Cílem práce je bližší prozkoumání souvislostí a odlišností mezi sebepoškozením a závislostí. A také snaha o otevření diskuze nad tímto tématem.

Práce je teoretická. Jsou v ní uvedeny základní témata pro přiblížení závislosti a sebepoškození. V počátku práce jsou vysvětleny definice a diagnostická kritéria. Na to navazuje popsání typického průběhu těchto jevů a stručné objasnění cravingu neboli bažení, který se vykytuje v obou případech. Další kapitola je věnována problému stigmatizace, která má vliv na úspěšnost léčby. Dále se práce zaměřuje na etiologii a léčbu, ta je rozdělena v kapitolách jako farmakoterapie a psychoterapie. Závěr práce se věnuje prevalenci jiných poruch v kombinaci se sebepoškozením a závislostí, pro zjištění toho, zda se tyto klientely prolínají. Po každé kapitole zaměřené na určité téma, následuje kapitola zaměřená na srovnání informací, které jsou odděleně uvedené u sebepoškození a závislosti. Jediná část, která není srovnávána, je kapitola zaměřená na definice, která slouží k pouhé bližší specifikaci jevů, o kterých se tato práce zmiňuje.



## 2. Definice sebepoškozování

Definice sebepoškozování se vyvíjela s časem, jedny z prvních zmínek se objevily v 19.století. V té době psychiatři vnímali sebepoškozování jako několik typů chování, dělili je na psychotické nebo se suicidálním účelem. Také se zaměřovali na to, jak moc a jak často se pacient poškozuje. To dokazuje, že sebepoškozování není výmyslem moderní společnosti (Angelotta, 2015). Sebeпоškozování je vnímáno několika pohledy, jeho terminologie není jednotná. V zahraniční literatuře se objevuje sebepoškozování pod několika pojmy, jedná se například o: „Self-injurious behavior“, „Self-injury“, „Self-harm“, „Self-mutilation“, „Self-mutilating behavior“, „Deliberate self-harm“. Tato nejednotnost vyvolává řadu potíží, pro širokou veřejnost je toto téma kvůli tomu nepřehledné a nejasné, pro vědce to může komplikovat vytváření statistik a média mohou data o této problematice špatně interpretovat (Kriegelová, 2007).

Pro potřebu této práce uvádím definici, která se využívá v psychiatrii, sebepoškozování se zde označuje jako „*komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky a které lze lépe chápat jako maladaptivní odpověď na akutní a chronický stres*“ (Platznerová, 2009, p.11). Sebeпоškozování může být definováno jako: „*chování, které zahrnuje záměrné zraňování vlastního těla bez suicidálního záměru, s bolestí nebo bez bolesti*“, tuto definici autor spojuje s termínem self-injury (Duffy, 2009, p.237). Mezi českými autory se vyskytuje definice, která říká, že sebepoškozování je: „*termín, který je nejčastěji spojován s vědomým, záměrným, často opakovaným sebepoškováním(sebezraňováním) bez vědomé suicidální motivace, v němž dochází k narušení tělesné integrity, bez závažného letálního dosahu*“ (Kocourková & Koutek, 2008, p.610). Tyto definice jsou významné právě pro odlišení sebepoškozování od chování se suicidálním účelem. NSSID neboli non-suicidal self-injury disorder byla přidána do Diagnostického a statistického manuálu pro duševní poruchy. NSSI je definováno jako záměrné, sobě přivolené poškození tělesné tkáně bez suicidálního záměru a pro účely sociálně nebo kulturně nesankcionované (International Society for the Study of Self-Injury, 2018).

Existuje velké množství metod sebepoškozování, mezi časté patří například sebeřezání, sebezraňování, sebetrávení, sebetlučení, sebeškrcení, zasahování do ran, vytrhávání vlasů, škrábání ran, sebekousání nebo vkládání předmětů pod kůži. Nejvíce frekventovaným způsobem je sebeřezání. Mezi metodami poškozování můžeme nalézt rozdíly podle pohlaví, kdy muži se hojněji sebetlučou, přičemž ženy se častěji sebeřezou (Kriegelová, 2008).

### 3. Definice závislosti

Závislost jako taková se dá rozdělit na dva základní typy, a to závislost látková, kdy jsou klienti závislí na nějaké psychoaktivní látce, a behaviorální, kdy mají lidé problém se závislostí na určitých aktivitách (Hollen, 2009). Behaviorální závislosti jsou buď oficiálně uznávané nebo zatím nezařazené. Uvádí se, že si lze utvořit závislost na každém chování, které přináší potěšení (Marks, 1990). Mezi možné, ale zatím nezařazené závislosti z moderního světa patří závislost na nakupování, práci, technologických zařízeních a sebepoškozování (Vacek & Vondráčková, 2014).

Závislost je podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 definována jako *„skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více“*. Někdy je závislost vnímána jako forma sebemedikace, často u lidí s psychickými potížemi, kteří vyhledávají návykovou látku za účelem zmenšení jejich nepříjemných pocitů (Kalina, 2001).

Závislost může být také definována jako: *„komplexní porucha, jejíž základní diagnostickou charakteristikou je opakované nutkání užít určitou látku nebo oddávat se určitému chování navzdory negativním účinkům“* (Hollen, 2009, p.2). Tato definice poukazuje i na behaviorální závislosti a na podobu se závislostí látkovou. Závislost se tedy dá pojmut více zešíroka, látkové i nelátkové závislosti mají podobnou etiologii, symptomy i terapii. Závislosti se mohou zaměňovat, může se jich vyskytovat několik najednou (Kalina et al., 2015).

## 4. Diagnostika

### 4.1. Diagnostická kritéria sebepoškozování

Podle DMS-5 je důležitých šest diagnostických kritérií pro klasifikaci sebepoškozování jako poruchy. Kritérium A je zaměřeno na frekvenci sebepoškozování. Participanti spadají do tohoto kritéria, pokud jejich odpověď zní, že se během posledního roku nebo nějakého roku předtím sebepoškozovali pětkrát nebo vícekrát.

Jako kritérium B se považuje míra asociace sebepoškozování s úlevou od negativních pocitů, myšlenek, nástrojem pro vyrovnávání s interpersonálními problémy nebo pro vytváření pozitivních emocí. Pro splnění tohoto kritéria museli participanti uvést na škále alespoň u jednoho bodu, že to tak mají v půlce případů, kdy se sebepoškozují, anebo častěji.

Kritérium C participanti také hodnotí na stejné škále jako v kritériu B. Jedná se ale o body zaměřené na interpersonální problémy, které vznikly kvůli sebepoškozování, negativní pocity a myšlenky před sebepoškozením, zabývání se sebepoškozením ještě před tím, než k němu dojde, myšlenky na sebepoškozování, když ho zrovna nedělají. Aby bylo toto kritérium splněné, tak musí opět alespoň u jednoho bodu uvést možnost, ve které zmiňují, že v půlce případů nebo více to tak mají.

U kritéria D je stěžejní metoda sebepoškozování, jako jedince s poruchou nelze označit participanty, kteří uvedli, že jejich jediná metoda poškozování je kousání nehtů, strhávání strupů nebo jen zasahování do hojící se rány.

V kritériu E opět participanti odpovídají podle uvedené škály a toto kritérium se soustředí na čtyři body. Zda sebepoškozování způsobuje stres, problémy s ostatními, prací nebo školou nebo způsobuje nějaké další potíže.

Poslední kritérium F se specifikuje na frekvenci sebepoškozování při užívání drog nebo alkoholu nebo při halucinacích. Diagnóza není možná, pokud se sebepoškozování objevuje pouze při těchto stavech. Kritérium je také zaměřeno na jiné psychiatrické poruchy, které mohou sebepoškozování způsobovat. Participanti nemohou mít poruchu autistického spektra (Victor, Davis & Klonsky, 2016).

Na základně daných kritérií vznikají studie pro potvrzení spolehlivosti dané diagnózy. Autoři Victor et al, (2016) ve studii přišli na to, že u pacientů s historií sebepoškozování tyto kritéria splňuje přibližně polovina ze zkoumaného vzorku. Nejčastěji byli vyřazeni na základně nesplnění kritéria A a kritéria E. Autoři považují diagnózu a daná kritéria za spolehlivá.

### 4.2. Diagnostická kritéria závislosti

Podle MKN- 10 se diagnóza závislost stanovuje, pokud klient splňuje alespoň tři nebo více z těchto kritérií během posledního roku. Jedná se o craving neboli silnou touhu, potíže v kontrole užívání, somatický odvykací stav, zvyšování tolerance, opomínání jiných zájmů, pokračování v užívání látky i přes její negativní účinky (ÚZIS, 2018).

U behaviorálních závislostí mluvíme u stanovení diagnózy o význačnosti, kdy se aktivita stane nejvýznamnější činností v životě jedince, při začátku činnosti dojde ke změně nálady, kdy dochází k využití činnosti jako zvládací strategie. Dalšími kritérii jsou tolerance, abstinční příznaky, interpersonální nebo intrapersonální konflikt a relaps. Pro diagnózu závislosti autor uvádí projev všech šesti bodů (Griffiths, 1996).

#### **4.2.1. Srovnání diagnostických kritérií**

Pokud srovnáme diagnostická kritéria, tak zjistíme, že u sebepoškozování je stanovena minimální frekvence pro určení diagnózy. U závislosti tomu tak není. Podle MKN-10 je jedním z pěti bodů pokračování užívání látky i přes její negativní účinky. Tento bod můžeme najít v podobném znění i u diagnózy sebepoškozování, a to v kritériu C a E, které jsou zaměřeny na interpersonální problémy vznikající kvůli sebepoškozování, problémy v práci s okolím a jiné potíže. Ostatní body MKN-10 nejsou přímo vyjádřeny v diagnóze sebepoškozování, ale některé se vyskytují během procesu sebepoškozování. Pokud se ale podíváme na diagnózu behaviorální závislosti, tak nalezneme podobu v bodu o změně nálady, který poukazuje na využití závislosti jako zvládací strategie. Tento bod se v podstatě shoduje s kritériem B, které poukazuje na využívání sebepoškozování jako úlevy od negativních myšlenek nebo pro vyrovnání se s interpersonálními problémy. Stejně tak bod poukazuje na interpersonální a intrapersonální konflikty.

## 5. Průběh

### 5.1. Průběh sebepoškozování

Sebepoškozování má svůj vlastní charakteristický postup, kterým probíhá. Primárním účelem je uniknout nějaké emoci. Obvykle bývá podmíněno nějakou negativní událostí nebo stimulem, kvůli kterému jsou vyvolány nepříjemné pocity jako bezmoc, lítost, smutek, vina, frustrace a vztek. Případně se sebepoškozující jedinec může snažit vyhnout jiným myšlenkám, vzpomínkám, somatickému rozrušení nebo dalším nepříjemným vnitřním prožitkům. Jedinec se sice může snažit odolat, ale probíhají u něj velmi silné emoce, současně je u těchto pacientů časté, že mají nízkou hladinu tolerance těchto nepříjemných pocitů a nedokážou emoce příliš regulovat. Poté dojde k sebepoškození, následuje nárůst vzrušení a dočasná úleva. Poté přichází pocit viny a později bažení neboli craving a chuť toto chování opakovat. Čím častěji dochází k tomuto cyklu, tím rychleji se sebepoškozování stane pro jedince automatickou odpovědí na negativní vzrušení, stane se formou útěku. Vyvolaná bolest může způsobit disociaci a jedinec může uniknout před realitou a dochází k odštěpení myšlenek od původního stimulu. V jiných případech dojde k disociativnímu stavu před poškozením, a právě akt sebepoškození tento stav ukončí. Bolest pomůže jedinci, aby se vrátil do reality a dodává mu pocit, že stále existuje a je naživu. V těchto ohledech se dá sebepoškozování považovat svým způsobem za účinné, dokáže velmi rychle ukončit nechtěné stavy emocí (Rozsivalová, 2015; Chapman, Gratz & Brown, 2006).

Po biologické stránce dojde k aktivaci stresové neuroendokrinní osy, zvýší se hladina kortizolu a prohloubí se deprese, dojde k disociaci nebo depersonalizaci. Poté po 1 až 3 dnech dojde k sebepoškození. Sebepoškození působí na dopaminergní a endogenní opiátový systém (Liu, 2017). Poté se stresové hormony sníží a uvedené symptomy se vytratí.

### 5.2. Průběh závislosti

Závislost, a to jak látková i nelátková má také určitý specifický průběh a projev. Než dojde k samotnému chování, tak tomu předcházejí pocity napětí, vzrušení nebo k celkové emoční dysregulaci, která bývá spojena s bažením (Vacek & Vondráčková, 2014). Zneužívání návykové látky může být také způsob, jak se vyrovnat s vinou. Ta nastává často po výčitkách svědomí, které vedou klienta k touze po změně chování, to se ovšem ne vždy povede, a tudíž se zvýší pocit viny (Matthews, Dwyer & Snoek, 2017). Poté dojde k užití drogy nebo specifickému chování a následuje úleva a příjemný stav. Během vykonávání chování u nelátkových závislostí je stav mysli klienta podobný stavu mysli při užití návykové látky. Při vykonávání činnosti dochází k pohlcení, což je stav vědomí, kdy se člověk koncentruje pouze na jednu konkrétní věc a dává tomu veškeré své mentální zdroje (Fabian, Fishkin, 1991). To také souvisí s teorií plynutí, kdy je člověk tolik pohlcen určitou činností, že nevnímá nic ve svém okolí jako důležité a snaží se tudíž činnost vykonávat co nejvíce (Csikszentmihalyi, 1990). U klientů s behaviorální závislostí dochází k nepříjemným pocitům, pokud nemohou závislostní chování provést, ale neprožívají klasické abstinenci

syndromy jako u látkových závislostí. Oba typy závislosti se projevují chronicky a jsou spojovány s častými relapsy (Vacek & Vondráčková, 2014). Ve studii zaměřené na gamblerství se ve výsledcích ukázalo, že studenti vysokých škol s tímto problémem nejčastěji gambliují pro peníze, zábavu, vzrušení, které hraní provází, aby měli co dělat nebo kvůli sociálním příčinám (Neighbors, Lostutter, Crounce & Larimer, 2002). Závislí se velmi často setkávají s pocitem viny a studu. Stud je něco, co je mířeno proti sobě samému, vina je spojena s pocitem, že člověk zavinil určitou situaci. Stud se tedy odvíjí podle míry uvědomování vlastní viny a vina přichází jen s reflektováním chování jedince (Matthews et al., 2017).

Po neurobiologické stránce dochází u nelátkových závislostí ke stimulaci stejného systému odměn stejně jako u závislostí látkových. Nejvíce se tedy jedná o dopaminergní a endogenní opiátový systém (Vacek & Vondráčková, 2014).

### **5.2.1. Craving**

Craving se do češtiny překládá jako bažení. Podle WHO je bažení definováno jako velice silná touha po účincích psychoaktivní látky, s nimiž měla osoba dříve zkušenosti (WHO, 1994). Má složky fyziologické, neurobiologické, emoční, kognitivní a behaviorální (Kalina et al., 2015). Craving se může projevovat u závislostí látkových, ale i nelátkových, například u patologického hráčství. Bažení můžeme rozdělit na tělesné, ke kterému dochází krátce po intoxikaci, a psychické, které se objevuje zpravidla po delší době abstinence v případech, kdy se jedinec setká s určitými stimuly. Podstatné je, že na bažení mají vliv emoce jedince, především emoce negativní, které ho znásobují (Nešpor & Csémy, 1999a).

Victor et al, (2012) vytvořila studii zaměřenou právě na srovnávání cravingu u závislosti na návykových látkách a sebepoškození. Jelikož nikdo nikdy neměřil bažení u sebepoškození, tak byl pro tento účel vytvořen dotazník. Ve výsledcích se ukázalo, že bažení je silnější u užívání návykových látek než u sebepoškození. Studie také opět naznačuje, že sebepoškození je spojeno spíše s negativními emocemi, zatímco u závislosti se okolnosti bažení liší. Prokázalo se to u pacientů, kteří byli buď jen závislí, nebo se jen poškozovali, tak i u těch, kteří praktikovali oba typy chování.

### **5.2.2. Srovnání průběhu**

U sebepoškození i závislosti dochází k podobnému procesu, který má tendence se opakovat. Než nastane akt sebepoškození nebo závislostního chování, tak tomu předchází silné emoce, může se jednat o pocity pozitivní i negativní. Lze tedy říct, že po prožití silných emocí dojde k samotné činnosti. Ta způsobí v obou případech úlevu a pocit vzrušení. Předcházející negativní emoce a následná úleva poukazují na využívání závislosti i sebepoškození jako zvládací strategie. Po tomto prožitku dochází často k pocitům viny a touze činnost opakovat. U obou procesů dochází k působení na dopaminergní a endogenní opiátový systém. Oba průběhy poukazují na koloběh, který se těžko ukončuje.

Podobným srovnáváním se zabíralo menší množství studií, které doplňují informace. Tvrdí, že mezi rozdíly lze řadit to, že u závislosti na návykových látkách klienty k užívání

motivuje pozitivní odměna v podobě působení látky. Což může vést k opakování užívání, závislost částečně pramení z touhy užívat látku právě kvůli příjemným pocitům, které vyvolává. Celkově tedy lze říct, že závislost může být způsobena pozitivní i negativní motivací a pocity se sebepoškozováním se pojí pouze motivace negativní (Victor, Glenn & Klonsky 2012). Tuto informaci podporují i další studie. Například ve studii týkající se adolescentů Klonsky (2009) zjistil, že nejčastější emoce před sebepoškozením jsou negativní a nejméně časté jsou pozitivní, což potvrzuje předešlé výsledky. Po aktu poškození ale vzniká velká změna v emocích a dochází k uvolnění, úlevě a odstranění negativních emocí. Nedochozí ovšem ale k euforii nebo zvýšenému nadšení.

Dále se autoři Gratz, Chapman, Dixon-Gordon & Tull (2016) zaměřovali právě na souvislosti mezi emočním uvolněním jako motivátor pro sebepoškození. Studie potvrzuje, že asociace mezi sebepoškozením a úlevou je vysoká u lidí, kteří se sebepoškodili v nedávné době, a také u lidí s hraniční poruchou osobnosti. Výsledky této studie poukazují na to, že čím silnější je asociace mezi sebepoškozením a úlevou, tím vážnější je míra sebepoškozování a má vliv na udržování tohoto chování u osob s hraniční poruchou osobnosti. U těchto lidí se objevila pouze větší závažnost sebepoškozování, ne vyšší frekvence. Tato studie tedy poukazuje na motivaci úlevy.

Závislost i sebepoškozování mají společné to, že obě člověka nutí k určitému chování a dávají mu úlevu (Tantam & Whittaker, 1992). V roce 1995 autorka Faye poukázala na to, že mezi negativními pocity, které vznikají a znásobují se před sebepoškozením, a negativními pocity provázející absenci drogy u závislých se objevuje podoba. Nixon, Cloutier & Aggarwal (2002) vytvořili studii zaměřenou na tuto problematiku. Zjišťoval charakteristické závislostní vlastnosti u pacientů na psychiatrii, kteří se během posledních šesti měsíců poškozovali. Hodnotilo se několik bodů, a to ztráta kontroly nad sebepoškozováním, zvyšování tolerance a zvýšená tenze, pokud sebepoškození nebylo provedeno. Všichni zúčastnění uvedli, že jejich chuť se sebepoškozovat se zvýšila po nějaké stresové situaci, 79 % z nich mělo každodenní potřebu se poškozovat. 98 % mělo alespoň tři adiktivní kritéria a 81 % alespoň pět. To je důkaz, že sebepoškozování má adiktivní rysy.

## 6. Stigmatizace

Závislost je společností vnímána negativně. A to převážně jako něco, co si člověk sám vybral, jako něco, co sám zavinil, a proto si nezasluhuje stejnou pomoc jako jinak nemocní lidé. Nesmí se ovšem zapomínat na to, že závislost, a především její léčba, se pojí s tématem vlastní odpovědnosti klientů, a proto to, jak společnost závislost vnímá, není zcela překvapivé (Kalina et al., 2015). Existují studie zaměřené právě na míru stigmatizace závislých lidí, často v porovnání vůči jiným psychickým nemocem. Stigma ovlivňuje možnosti a výsledky léčby nemocných. Má vliv také na jejich vnímání a prožívání životních událostí jako jsou intimní vztahy nebo práce (Goffman 1963). Ve studii autoři Corrigan, Kuwabara & O'Shaughnessy (2009) srovnávali, jak vnímá společnost mentální poruchy, závislosti a fyzické postižení. Ve výsledcích se ukázalo převážně to, co autoři původně předpokládali. Lidé užívající návykové látky byli vnímáni jako více odpovědní za své potíže, ale také že mají oproti ostatním největší schopnost závislost překonat. Jako nejméně schopní překonat svou nemoc byli považováni lidé s psychickou nemocí. Lidé na invalidním vozíku byli vnímáni více viní za svou situaci než lidé s psychickou nemocí. Nejméně hodni pomoci podle respondentů jsou závislí lidé, respondenti také vůči nim pociťují větší strach a raději by se jim vyhnuli.

Podobně jako závislí lidé, také sebepoškozující jedinci se setkávají s určitými předsudky společnosti. Vzdůstají důkazy, že výsledky léčby sebepoškozujících mohou být ovlivněny stigmatizujícím postojem zdravotnických i jiných pracovníků. Autoři Law, Rostill-Brookes & Goodman (2009) se zaměřili na postoje studentů medicíny, zdravotní sestry a klinické psychologie, z nezdravotnických studentů byli zapojeni studenti fyziky. Studie probíhala na dvou univerzitách ve Velké Británii a byla založena na dvou ukázkách běžně popisovaného případu sebepoškození, které se lišily pouze v jednom bodě, a to v popisu původu sebepoškozujícího chování. V jednom případě poukazuje na vznik kvůli nekontrolovatelným vnějším faktorům (zneužívání) a v druhém kvůli kontrolovaným vnitřním faktorům (zneužívání drog). Tyto dvě ukázky byly náhodně rozděleny účastníkům a byly doplněny dotazníkem. Ve výsledcích se ukázalo, že studenti, kteří věřili tomu, že pacienti jsou sami zodpovědní za to, že se sebepoškozují, vůči nim cítí i větší vztek. Ten se také pojí s tím, že věří tomu, že sebepoškození má manipulativní charakter a jedná se o formu získávání pozornosti od okolí, a tudíž nechťejí lidem s tímto problémem příliš pomáhat. Muži a studenti medicíny celkově projevovali více negativní pohled na sebepoškození. Ženy naopak projevovaly větší sympatie, ochotu pomoci, cítili méně vzteku vůči sebepoškozujícím a neměli tak často tendence je separovat jako muži. Ve studii se také objevil fakt, že studenti zdravotní sestry a klinické psychologie mají větší povědomí o tom, co je sebepoškození než studenti fyziky nebo medicíny. Potvrdilo se to, že studenti, kteří měli o sebepoškození větší znalosti a informace projevovali více sympatie a méně vzteku, nejvíce vzteku se prokázalo u studentů fyziky. Nejmenší znepokojení či nervozitu nebo úzkost sebepoškozující chování vyvolávalo u zdravotních sester, což může být spojeno s převahou ženského pohlaví v tomto studiu.



Výsledky byly ovšem také ovlivněny tím, kterou verzi ukázky sebepoškození studenti dostali. Projevil se mezi nimi rozdíl. U participantů, kteří dostali verzi poukazující na zneužíváním drog vnímali častěji sebepoškozujícího jedince jako zodpovědného za své chování, viděli to jako formu manipulativního chování, také považovali jedince jako rizikového a cítili vůči jedinci větší vztek. Toto vnímání navazovalo na nižší ochotu pomoci a větší potřebu jedince separovat. Nebyly však nalezeny výrazné rozdíly mezi sympatiemi ani úzkostí, či případnou nervozitou, kterou toto chování může u participantů vyvolávat. Jediní studenti klinické psychologie měli signifikantně vyšší sympatie oproti ostatním u jedinců zneužívající drogy.

Studie autorů Law et al, (2009) nabádá ke zlepšení informovanosti personálu pracujícího ve zdravotnictví pro větší efektivitu léčby.

V jiné studii, založené na rozhovorech, několik mladých sebepoškozujících se pacientů uvedlo jejich pozitivní zkušenosti s personálem. Mezi nejlepší vlastnosti personálu sestupně zařadili projevování zájmu a soucitu, naslouchání, kompatibilitu, flexibilitu, dobré vychování, vědomosti, humor a akceptování. Mezi negativní zkušenosti uvedli vytváření domněnek a zmenšování a znehodnocování problémů personálem. Respondenti také poukázali na to, že na psychiatrickém oddělení se s tímto negativním přístupem tolik neseťkávali. Mladí pacienti tedy uvedli, že se cítili stigmatizováni částí personálu, ale zároveň si uvědomují, že se stigmatizují s pacienty mezi sebou vzájemně (Mitten, Preyde, Lewis, Vanderkooy & Heintzman, 2015).

## **6.1. Srovnání míry stigmatizace**

Z uvedených studií vyplývá, že míra stigmatizace závislosti je vyšší než míra stigmatizace sebepoškození. Lidé závislým klientům přikládají větší míru odpovědnosti za jejich stav, ovšem i u sebepoškození pociťují určitou míru vzteku. Pacienty považují za částečně odpovědné, kvůli tomuto nechtějí tolik poskytovat těmto lidem pomoc. Vůči závislým pociťují lidé strach. Podobou se nachází v tom, že jak ohledně závislosti, tak o sebepoškození není společnost příliš edukovaná, a proto lidé vůči těmto klientům pociťují negativní emoce. Vyšší sympatie studentů psychologie vůči sebepoškozujícím jedincům zneužívající drogy a pozitivnější zkušenosti klientů na psychiatrickém oddělení poukazují na kladný vliv edukace.

## 7. Etiologie

### 7.1. Etiologie sebepoškozování

Sebepoškozování se frekventovaněji objevuje u žen než u mužů. Nejčastěji se projevuje poprvé mezi dvanáctým až patnáctým rokem, čím dříve jedinci začínají, tím závažnější bývá míra sebepoškozování. Až 18 % mladistvých jedinců sděluje, že se během svého života poškodili alespoň jednou (International Society for the Study of Self-Injury, 2018).

Rizikové faktory ovlivňující vznik sebepoškozování se dají rozdělit na dva typy, individuální a enviromentální. Mezi individuální se řadí psychické poruchy a mezi enviromentální patří týrání během dětství nebo poruchy attachmentu neboli citového pouta (Cipriano, Cella & Cotrufo, 2017; Paivio & McCulloch, 2004). Velké množství studií se zabývá spojitostí mezi sexuálním zneužíváním a problémem sebepoškozování, ne všechny studie se ale výlučně věnují jen tomuto problému, občas nejsou plně kontrolovány jiné možné rizikové faktory a nelze v nich tudíž plně prokázat přímou spojitost mezi sexuálním zneužíváním a následným sebepoškozováním.

Ve studii, které se zúčastnilo 133 studentů psychologie, která byla zaměřená na hned několik teoreticky rizikových faktorů, se prokázal signifikantní vliv sexuálního zneužívání na vznik sebepoškozování. Mezi rizikové faktory bylo zařazeno fyzické týrání v dětství, sexuální zneužívání v dětství, emoční zanedbávání matek nebo otců, disociace, nejistá vazba na matku nebo otce či oddělení dítěte od rodičů. Výsledek se prokázal jen u zúčastněných žen, sexuálně zneužívaných mužů ve studii nebyl dostatečně velký počet, aby byl tento výsledek relevantní. Faktorem také mohlo být, že muži, kteří byli zneužití, za sebou měli převážně jen jednu takovou zkušenost, zatímco u žen se jednalo převážně o opakující se prožitky (Boudewyn & Liem, 1995; Gratz, Conrad & Roemer, 2002). Sexuální zneužívání se řadí mezi rizikové faktory (Gratz, 2006).

Gratz (2006) uvádí, že spojitost mezi fyzickým týráním dětí a sebepoškozováním není zcela jednoznačná, i když by rozhodně neměl být vliv fyzického týrání opomíjen. Gratz, Conrad & Roemer (2002) v již zmíněné studii došli k tomu, že u studentek spojitost mezi fyzickým týráním a sebepoškozováním není. Carroll, Schaffer, Spensley & Abramowitz (1980) naopak zjistili, že u sebepoškozujících klientů se historie fyzického týrání objevuje častěji.

Van der Kolk, Perry & Herman (1991) se zaměřili na zanedbávání a rozdělili ho na emocionální a fyzické. Dospěli k tomu, že oba typy zanedbávání se dají považovat za prediktor sebepoškozování. Autoři Dubo, Zanarini, Lewis & Williams (1997) v jejich studii dospěli k tomu, že mezi typy zanedbávání je rozdíl, jelikož pouze emocionální zanedbávání se ukázalo jako prediktor pro sebepoškozování.

Případové studie poukazují na vztah mezi separací od rodiče a pozdějším sebepoškozováním (Levenkron, 1998). Gratz et al, (2002) ve své studii uvádí, že pro muže

byla separace otce nejvíc významným faktorem, který vedl k sebepoškození. Dodává, že je potřeba se na tuto oblast více zaměřit.

Ve studii 4405 čínských adolescentů, která byla zaměřena na vliv stresu na sebepoškození se sebepoškození dělilo na "mírné" a "silné". Mezi mírné se řadilo mlácení, tahání za vlasy, kousání se, vkládání věcí pod nehty a kůži a zasahování do hojící se rány. Mezi silné řadili řezání, pálení, tetování sám sebe, škrábání a odstraňování kůže. Ve výsledcích se ukázalo, že na stres navazoval převážně mírný typ sebepoškození, naopak těžké životní události vedly k silnému sebepoškození. Účastníci, kteří uměli dobře pracovat se svými emocemi, měli menší pravděpodobnost, že se budou poškožovat (Tang et al., 2016).

Jako sociodemografické rizikové faktory se dá považovat ženské pohlaví, větší riziko mají také lidé, kteří se identifikují jako homosexuálové, bisexuálové nebo transgender. Daším rizikovým faktorem je nízký socioekonomický status. Jako psychologické rizikové faktory lze uvést nízké sebevědomí, impulzivita, mentální poruchy, perfekcionismus, beznadějně vnímání života nebo zneužívání drog a alkoholu (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012).

## **7.2. Etiologie závislosti**

Zneužívání návykových látek se častěji objevuje u mužů, studie uvádí, že prevalence užívání alkoholu, sedativ, konopí, halucinogenů, opioidů a kokainu je u mužů vyšší (Lev-Ran, Le Strat, Imtiaz, Rehm & Le Foll, 2013).

Někteří závislí lidé uvádějí, že ještě před začátkem užívání cítili, že jsou „jiní“ než ostatní. A to tak, že se cítili nepříjemně, neklidně, osaměle a jako by nebyli celí. Ve chvíli, kdy ale vyzkoušeli drogu, tak se jejich nepříjemný pocit snížil, což vedlo k zahájení procesu vzniku závislosti. Naopak někteří se necítili, že by jakkoli vybočovali vůči jiným lidem. U těchto lidí se užívání rozvinulo kvůli chuti zkusit něco příjemného s rychle nastupujícími účinky, které má poté člověk touhu opakovat (Goodman, 2009).

Vznik závislosti může být podmíněn rodinnými faktory, ty spolu souvisí a zároveň se prolínají. Problém může vznikat například v rodině, kde manžel pije a manželka za něj přebírá jeho funkci a povinnosti, ale časem toho na ní začne být moc. Syn v takové rodině se ocitá v roli náhradního partnera a je tím zatížen, může tím být ovlivněn jeho emocionální vývoj. Role v rodině jsou narušeny a mohou být patologické. Poté hrozí, že u syna dojde k narušení vytváření jeho mužské identity, což už představuje rizikový faktor ke vzniku závislosti. Toto souvisí s modelem spoluzávislosti, který je založen na tom, že rodina závislost jednoho člena vlastně podporuje a rozvíjí, svým způsobem ji umožňuje. Toto vzniká, pokud je v rodině dlouhodobé patologické vztahové prostředí. Další potíže mohou vznikat při separaci jedince od rodiny. Pokud nejsou splněny předpoklady pro přirozenou separaci, tak vzniká u jedince vnitřní konflikt. Už se nebude chtít aktivně účastnit rodinných rituálů a podílet se tolik na rodinných vztazích, ale bude kvůli tomu cítit pocity viny. Tato situace může vyústit v užívání drog. Problém může nastat také u nejisté vazby na rodiče,

tedy při poruše attachmentu, ta působí negativně na zvládání zátěžových emocionálních situací a navazování vztahů (Kalina et al., 2015).

Mezi další faktory patří špatně vymezené vztahy mezi generacemi. Mezi nejvýraznější narušení hranic dochází při sexuálním zneužívání nebo incestu. Cuskey, Richardson & Berger (1979) uvádí, že až 90 % závislých žen zažilo sexuální zneužívání v rodině. Autoři studie Schäfer, Schnack & Soyka (2000) se snažili identifikovat rozdíly mezi sexuálně a fyzicky zneužívanými klienty, a zda jsou tyto zkušenosti rizikový faktor pro psychické nemoci jako je postraumatická stresová porucha a alkoholová nebo drogová závislost. 70 % žen a 56 % mužů uživatelů bylo v dětství sexuálně zneužito. 40 % mužů a 50 % žen mělo historii sexuálního zneužití s přímým pohlavním stykem. V polovině případů šlo o přátele nebo příbuzné, 40 % respondentů zažilo fyzické násilí. Výrazně větší počet sexuálního zneužití zažili uživatelé nelegálních návykových látek oproti lidem zneužívající alkohol. Objevovaly se u nich často symptomy autoagresivního chování, sebevražedné chování, sociální izolace, snížené emoční navázání na ostatní lidi, prostituce nebo projevy násilí. Nelze však přímo potvrdit korelaci mezi sexuálním násilím a užíváním drog, protože 80 % dotazovaných samo nepropojovalo zneužití s jejich užíváním. Korelaci lze potvrdit pouze u vážnějších závislostí na nelegálních drogách. Autoři poukazují na to, že skupina těchto lidí vyžaduje speciální zacházení.

Ve studii autorů Gil-Rivas, Fiorentine & Anglin (1996) se ukázalo, že téměř dvě třetiny z žen, které byly zapojeny do léčby závislostí mají zkušenost se sexuálním nebo fyzickým násilím, i přesto studie poukazuje na to, že nelze najít přímou spojitost mezi zneužíváním a pozdější závislostí. Fyzické násilí ženy častěji zažívali od blízkého okolí, muži naopak od neznámých lidí. U mužů se sexuální násilí objevovalo před nástupem puberty, u žen naopak s nástupem puberty sílilo jak násilí sexuální, tak také násilí fyzické. Kvůli častějšímu objevování fyzického a sexuálního násilí u žen se u nich také projevila častěji postraumatická stresová porucha. Symptomy této poruchy jako nízké sebevědomí, deprese, úzkosti a sebevražedné sklony, jsou často spojovány s relapsy. V této studii tomu tak nebylo a ženy naopak relapsovaly méně často.

V jiné studii byli participanty lidé v léčbě, rozdělení na dvě skupiny podle toho, zda byli sexuálně či fyzicky zneužívání nebo ne. Ti, kteří zažili zneužívání měli častěji problémy s nezaměstnaností, rozvody a častěji žili s partnerem nebo dětmi, jednalo se častěji o ženy. Měli výrazně čtenější psychická onemocnění a vyšší počet hospitalizací. Rozdíl se neobjevil v počtech předchozí léčby závislosti. Zneužívaná skupina méně užívala heroin a kokain a častěji však užívala alkohol a několik drog najednou. Jinak se ale neprokázal mezi skupinami signifikantní rozdíl. Skupiny se nelišili věkem, rasou ani úrovní vzdělání (Pirard, Sharon, Kang, Angarita & Gastfriend, 2005). K závislosti může vést násilné trauma nebo psychické nepohodlí.

Mezi další negativní faktory, které vedou ke zvýšenému riziku vedoucímu ke zneužívání drog patří negativní životní události jako ztráta rodiče, rozvod nebo konflikt mezi rodiči, rodina pouze s jedním rodičem, malá podpora od rodičů, emoční zneužívání,

zanedbávání, izolace nebo deviantní úzký vztah. Negativní vliv mohou mít také stresové situace, a to nejen jako riziko vedoucí k užívání, ale později také jako riziko relapsu. Za stresory se dají považovat nekontrolovatelné, nepříjemné a emocionálně náročné situace. Čím více stresorů jedinec zažívá, tím náchylnější je k podlehnutí závislosti. Chronické vystavování stresorům má vliv na neuroendokrinní, fyziologické, behaviorální a další subjektivní změny, které mají vliv na systémy v mozku související s učením, motivací a adaptivním chování při stresu. Tyto změny v mozku je potřeba více prozkoumat (Sinha, 2008).

Jako další rizikové faktory se dá uvést sociální znevýhodnění nebo vyloučení, nízké sebehodnocení, sklon riskovat, neúspěch ve škole, beznadějně vnímání života nebo rizikové chování přátel.

### **7.2.1. Srovnání etiologie**

Z uvedených studií vyplývá, že rizikovým faktorem pro vznik závislosti a sebepoškozování mohou být různé potíže spojené s rodinou. Negativně může působit absence jednoho z rodičů nebo zanedbávání, ale i další těžké životní události. Podle uvedených studií se dá říct, že mezi rizikové faktory se i přes složitost plné kontroly jiných faktorů řadí sexuální zneužívání. U sebepoškozování se prokázalo, že sexuální zneužívání je rizikovým faktorem u ženské populace, u závislosti se projevila vysoká prevalence a sexuální zneužívání jako rizikový faktor se prokázal jen v souvislosti s užíváním nelegálních látek. V případě fyzického zneužívání se u sebepoškozování i závislosti ukázala vysoká prevalence, ale nedošlo k prokázání přímé souvislosti. Projevilo se ale, že zneužívání má negativní vliv na psychiku jedinců, a proto kvůli němu vznikají další potíže, ty poté mohou mít vliv na míru užívání nebo sebepoškozování. Na vznik závislosti i sebepoškozování může mít vliv i nejistý attachment, nízké sebehodnocení, pocity beznaděje, nízký socioekonomický status. U sebepoškozování se uvádí jako rizikový faktor užívání návykových látek.

Dalším rizikovým faktorem může být i stres, jeho riziko a negativní vliv se objevil jak u závislosti, tak u sebepoškozování. Čím vyšší je míra stresorů, tím víc stoupá riziko závislosti. U sebepoškozování čím větší míra a závažnost stresových a nepříjemných situací, tím se objevuje vážnější míra sebepoškozování.

## 8. Léčba

### 8.1. Farmakoterapie sebepoškození

Sebepoškození je velmi často provázeno jinými poruchami, a proto je potřeba přistupovat k pacientovi komplexně. Farmakoterapie je nejčastěji zaměřená na ovlivnění serotonergních a dopaminergních receptorů. Využívají se neuroleptika k tlumení agresivního chování vůči sobě, často se jedná o zuclopenthixol, levomepromazin, haloperidol, chlorprothixen. Jako antipsychotika se obvykle využívá risperidon a tiapridal. Mezi používaná antidepresiva patří fluvoxamin a sertralin, případně citalopram, clomipramin, tradozon a escitalopram. Dále se využívají anxiolytika jako oxazepam, clonazepam, případně thymostabilizátory neboli stabilizátory nálady, které mají antiagresivní a antiimpulzivní působení, jedná se o karbamazepin, valproát, lamotrigin, topiramát (Rozsivalová, 2015).

Platznerová (2009) uvádí ve své knize studii s fluoxetinem, která probíhala během 12 týdnů na 22 pacientech. Z těchto pacientů se sebepoškozovalo 12, po devíti týdnech už jen 6 a na konci studie už jen 2. To značí velmi dobrý účinek fluoxetinu, ovšem na participantech nebyla provedena somatická vyšetření, která by ověřila výsledky dotazníků, také počet participantů byl příliš nízký.

V léčbě se využívá také naltrexon, který působí na endogenní opioidní systém. V případové studii autoři Griengl & Dantendorfer (2001) léčili pacienta s hraniční poruchou osobnosti a dystymií. Dávali mu 50 mg denně a v důsledku toho se neprojevovalo sebepoškozující chování po dobu 32 týdnů. V další případové studii autorů Agarwal, Berger & Gill (2011) šlo o 32letou ženu, která již absolvovala 50 psychiatrických hospitalizací během posledních 8 let. Měla diagnostikovanou depresi, hraniční poruchu osobnosti a mívala psychotické epizody. Léčba začala na 25 mg naltrexonu denně, dávka se zvýšila po měsíci na 50 mg. Už po prvním týdnu se snížila její chuť se sebepoškodit, po zvýšení dávky se snížila i frekvence. Po pěti měsících léčby následovalo období šesti měsíců, během kterého se poškodila pouze jednou. Pacientka uvedla, že dříve myslela na sebepoškození neustále a léčba jí pomohla tak, že občas i pár dní na sebepoškození nemyslí.

Vznikají také důkazy, že k léčbě se dá využít buprenorfin. V zahraniční studii se objevilo šest případů, kde použití buprenorfinu mělo velmi dobré výsledky. Poukazuje to na možné využití buprenorfinu jako možnosti terapie. Ovšem buprenorfin může být zneužíván pro jeho účinky, a to hlavně u mladých jedinců, kteří nejsou závislí na opioidech, což může vést k určitému odporu vůči používání této látky. I tak by buprenorfin nebyl léčbou první volby, ale spíše by byl určen pro případy rezistentní vůči jiným více tradičním způsobům léčby. Je potřeba toto téma do budoucna více prozkoumat, protože zatím nebyl zapojen dostatečný počet sebepoškozujících klientů (Norelli, Smith, Sher & Blackwood, 2013). Platznerová (2009) uvádí, že na sebepoškození mají špatný vliv benzodiazepiny, které mohou vést ke zhoršení kontroly chování a nárůstu impulzivní agresivity.

## 8.2. Farmakoterapie při léčbě závislosti

Farmakoterapie se využívá v adiktologii velmi často, aplikuje se u duševních poruch, které vznikly v důsledku užívání návykových látek. Například u akutních stavů intoxikace nebo odvykání, psychotických syndromů, poruch nálady nebo spánku, při úzkostech nebo samotném syndromu závislosti. Nejčastěji se užívají léčiva k terapii závislostí na alkoholu, kdy se jedná především o disulfiram, akamprosát a naltrexon, na opioidech obvykle buprenorfin a metadon. Dále se mnohdy užívají antipsychotika, neuroleptika, anxiolytika, hypnotika, sedativa, které patří do skupiny psycholeptik. Využívané jsou také analgetika nebo antiepileptika (Kalina et al., 2015).

U akutních stavů je četnost užívání léků vysoká. Mezi hojně využívané se řadí benzodiazepiny, které slouží k utlumení a zklidnění pacienta. Řadí se mezi ně střednědobě působící alprazolam, bromazem, lorazepam nebo dlouhodobě působící diazepam, chlórdiazepodix či klonazepam, tyto látky se používají i u odvykacích stavů. Naopak při předávkování benzodiazepiny se využívá flumazenil, u kterého je ale důležité sledovat dávku, kterou používáme, protože je riziko, že dojde ke stavu, který vyvolá křeče.

Mezi nejčastěji užívaná antipsychotika se řadí haloperidol, tiaprid a melperon. U akutní intoxikace opioidy je významným lékem naloxon, který umí vytěsnit opioidy z receptorů, a tudíž nedojde k předávkování. Buprenorfin, který je nejvíce používaný u odvykání opioidové závislosti je syntetický opioid, který se užívá ve formě sublingválních tablet při substituční léčbě.

Významná je také oblast látek snižující craving nebo požitek z užití drogy. U klientů závislých na alkoholu se jedná o akamprosát, který funguje pozitivně na udržování abstinence. Naltrexon zabraňuje vzniku euforie při užití opiátů, redukuje také počet relapsů, frekvenci, množství a craving u užívání alkoholu. Využívá se i u léčby behaviorálních závislostí jako je trichotilománie, patologické hráčství nebo kleptománie, kde se objevují pozitivní účinky (Aboujaoude & Salame, 2016). Dalším opioidním antagonistou je nalmefen, který má vliv na požitek z alkoholu, dochází díky němu tedy ke zmírnění množství užívání.

Důležitou součástí léčby jsou také antidepresiva, která též snižují craving. Řadí se mezi ně například fluoxetin, citalopram, sertralin nebo fluvoxamin. Tyto léky patří do skupiny SSRI neboli selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Pro léčbu deprese u závislých nejsou žádná významná specifika, volba antidepresiv a farmakologie celkově se odvíjí podle individuálních potřeb pacienta. Případně u pacientů s bipolární poruchou se nejčastěji využívají thymostabilizátory (Kalina et al., 2015).

### 8.2.1. Srovnání farmakoterapií

Je důležité vzít v potaz, že farmakoterapie látkových závislostí je mnohem více rozsáhlá. Vůči závislým i sebepoškozujícím klientům se musí přistupovat komplexně, farmakoterapie se v obou případech často odvíjí na základně jiných poruch, kterými pacienti trpí. U závislosti navazuje také na to, kterou látku klient předtím užíval. Například benzodiazepiny, které se hojně využívají u akutních stavů intoxikace, nejsou pro

sebepoškozování vhodné a mohly by působit spíše negativně (Platznerová, 2009). Ze studií můžeme sledovat snahu o využití buprenorfinu a naltrexonu, které se běžně využívají v léčbě závislosti, také u sebepoškozování. Ukazuje se, že tyto látky by mohly mít na sebepoškozování dobrý účinek, ale zatím jejich využití není běžné. Thymostabilizátory se podle uvedených informací využívají častěji u sebepoškozujících klientů. Celkově je u sebepoškozování frekventované užívání neuroleptik, antipsychotik, antidepressiv a anxiolytik, ty se objevují i u farmakoterapie závislosti. Jinak se u závislosti častěji vyskytuje využití analgetik, antiepileptik, sedativ a hypnotik.

### **8.3. Psychoterapie sebepoškozování**

Využívaná je psychoterapie, a to jak individuální, tak skupinová. Pracuje se často na zpracování traumat, zároveň má i nácvikový případně edukační charakter. U dětí se hojně používá terapie neverbální jako canisterapie, dramaterapie, arteterapie a relaxace (Rozsivalová, 2015).

Za dobře účinnou terapii se považuje Dialektická behaviorální terapie (DBT), dialektický znamená mezivztahový nebo celostní a označuje v tomto směru snahu o rovnováhu mezi přijetím a změnou. Využívá behaviorálních a kognitivně behaviorálních postupů jako je nácvik dovedností a řešení různých problémů (Rozsivalová, 2015). Tato terapie probíhá mnoha způsoby, patří do nich rodinná a individuální sezení a také konzultace po telefonu. Tyto konzultace probíhají mezi sezeními a posilují cíl léčby. Terapie by měla trvat téměř pět měsíců. Individuální terapie probíhá jednou týdně hodinu a je zaměřená na přenesení dovedností do reálných situací. Rodinná terapie se koná také každý týden, ale na rozdíl od individuální trvá až dvě hodiny. Soustředí se na regulaci emocí, interpersonální efektivitu, toleranci nepohodlí a stresu a mindfulness (Rathus & Miller, 2002). Existuje studie zaměřená na vliv mindfulness na míru sebekontroly. Mindfulness v této studii byla zjišťována dotazníkem Mindfull Attention Awareness Scale (MAAS). Ve výsledcích se ukázalo, že mindfulness vykazuje vyšší hodnoty sebekontroly a nižší hodnoty spojené s agresí. Participant, kteří se sebepoškozovali, měli nižší hodnoty u mindfulness a u sebekontroly, vykazovali vyšší agresí (Yusainy & Lawrence, 2014).

DGT (Developmental group therapy) byla vytvořena jako specifická intervence pro sebepoškozující se adolescenty ve věku 12-18 let. Využívá principů KBT, DBT, interpersonální terapie, skupinové terapie a tréninku sociálních dovedností. Skládá se z dvou na sebe navazujících částí. První fáze se nazývá akutní, ta je složena z šesti skupinových sezení, kde se na každé probírá jiné téma. Témata se týkají vztahů, problémů ve škole a vztahů se spoluvrstevníky, rodinných problémů, management vzteku, deprese, sebepoškozování, pocity, že nic nemá smysl a negativních pocitů ohledně budoucnosti. Druhá část je dlouhodobá, participant se jí může účastnit až 12 měsíců (Wood, Trainor, Rothwell, Moore & Harrington, 2001).

MBT-A (Mentalization based treatment for Adolescents) je psychodynamický psychotherapeutický program, který trvá rok a je založen na teorii attachmentu. Každý den by mělo probíhat jedno individuální 50minutové sezení a každý měsíc jedno sezení s rodinou.



Soustředí se na sebekontrolu, snaží se o lepší pochopení chování a identifikaci myšlenek a pocitů. Skládá se ze čtyř fází. Zpočátku participant projde psychosociálním zařazením, poté dostane krizový plán podle jeho potřeb. Ve fázi léčby docházejí na sezení, které jsou zaměřeny individuálně, ale především na momentální interpersonální vztahy a stavy a pocity, které tyto vztahy vyvolávají. V terminální fázi se udržují naučené techniky a dosažené individuální cíle. Během rodinných sezení se pracuje na tom, aby rodina rozvíjela svou schopnost chápat chování a emoce druhých, hlavně při rodinných konfliktech (Rossouw & Fonagy, 2012).

TA (Therapeutic assesment and Brief Intervention) je 30minutová intervence po běžném psychologickém vyšetření. TA se snaží indetifikovat problém a zvýšit motivaci klienta. Součástí je sepsání dopisu, kde jsou domluvené strategie a cíle léčby. Skládá se ze dvou fází. V první fázi se soustředí na psychologickou a sociální historii klienta. Poté v druhé fázi je spolu s klientem vytvořen diagram založený na kognitivně analytické terapii, kde se soustředí na malaadaptivní chování. Společně se identifikují problémy a terapeut zhodnotí míru motivace klienta. Poté identifikují cesty, jak změnit a narušit malaadaptivní cyklus chování. To se vše doplní do diagramu a připojí se to k dopisu se strategií léčby (Ougrin, Zundel, Banarsee, Bottle & Taylor, 2011).

ERGT (Emotion regulation group therapy) je léčba určená pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti, je specificky zaměřena na léčbu sebepoškozování. Využívá i prvky DBT, soustředí se hlavně na schopnost regulace emocí. Studie prokázaly, že tato metoda je efektivní pro ženskou populaci, u mužů zatím nejsou prokázány výsledky (International Society for the Study of Self-Injury, 2018).

T-SIB (Treatment for self-injurous behavior) je devět krátkých sezení navazujících na individuální terapii. Zaměřuje se především na zvýšení motivace a behaviorální intervence (International Society for the Study of Self-Injury, 2018).

## **8.4. Psychoterapie závislosti**

V terapii závislostí se využívá BT neboli behaviorální terapie. Ta vychází z teorie, že závislost je naučené chování, a tudíž je možné se toto chování přeučit. Přístupy behaviorální terapie jsou založené na klasickém podmiňování (podmiňování podnětu) a operantním podmiňování (manipulace s následky). Behaviorální terapie aplikuje různé nácvikové metody, mezi ně patří například nácvik relaxace, nácvik sociálních a komunikačních dovedností, nácvik asertivity a podobně (Kalina et al., 2015).

Přístup klasického podmiňování je založen na jednoduchém systému podnět – reakce, což se dá chápat jako proces, kdy podmíněné nebo nepodmíněné vnější podněty vedou k potřebě užít drogu. Toto spojení mezi podnětem a reakcí lze podle terapie přeučit, a to buď pozitivním nebo negativním předpodmiňováním. Přičemž negativní předpodmiňování je založeno na propojení nepříjemného somatopsychického nebo psychického zážitku s daným podnětem. Mezi pozitivní předpodmiňování patří relaxace nebo asertivní chování (Kalina et al., 2015).

Operantní podmiňování je založeno na uspořádání, které má postup reakce 1 – podnět – reakce 2. V podstatě se jedná o systém odměny nebo trestu. Tudiž dochází k zesílení nebo zeslabení vzorců chování, negativní sankce se přesune na užívání a podporuje se abstinence, či jiné pro klienta prospěšné chování (Kalina et al., 2015).

Pobídková terapie (contingency management) je založena na pozitivním odměňování chování jako je například abstinence. Pozitivní odměna může být účinnější než ukládání trestu za chování negativní (Kalina et al., 2015).

KBT neboli kognitivně behaviorální terapie je založena na chápání závislosti jako na naučené strategii pro zvládání potíží se kterými se klient setkává každý den. Základním bodem terapie je kognitivní učení. Zjednodušeně se dá říct, že vede klienta k tomu, aby sám rozpoznal své slabé stránky a rizikové situace, byl schopen své chování změnit a najít nějaké funkční a pro něj prospěšné řešení. Měl by zvýšit svou sebekontrolu a zvládat rizikové situace lépe. KBT se hodně soustředí na craving a práci s relapsem. Většina programů zaměřených na léčbu závislosti využívá částečně prvky kognitivně behaviorální terapie (Kalina et al., 2015).

Psychodynamické a psychoanalytické přístupy jsou založené na hypotéze samoléčení, což znamená, že závislost je vnímána jako prostředek pro zvládání negativních psychických stavů, které jsou pro klienta obtížné. Snaží se najít důvody, proč se klient chová určitým způsobem a proč klient vyhledává snadné uspokojení. Psychodynamické přístupy dnes navazují na psychoanalytickou psychoterapii, soustředí se nejen na intrapersonální potíže, ale také na interpersonální charakter problémů, zaměřují se také na terapeutický vztah. Snaží se o adaptivní změnu klienta, ta by měla vycházet z pochopení předchozích událostí, které se udály v klientově životě a tím, jak tyto události ovlivnily jeho současné postoje a obtíže. Patří do ní krátkodobé psychoterapie, které mívají 20 až 30 sezení. K tomuto typu terapie patří i ohniskové neboli fokální přístupy, které jsou zaměřené na konkrétní témata podle potřeb klienta (Kalina et al., 2015).

Skupinové terapie jsou velmi důležitou metodou léčby závislostí. Mohou být založeny na různých typech přístupů a směrů. Existuje několik typů skupin. Skupina může být například tematická, životopisná, interakční nebo dynamická. Mezi důležité faktory skupinové terapie patří například emoční podpora, možnost konfrontace, strukturovanost, vazba na skupinu (Kalina et al., 2015).

V léčbě závislosti se také využívá mindfulness, ta se soustředí na to, aby se člověk soustředil na své myšlenky, pocity a pocity v těle, poznával je, akceptoval je a uvědomoval si, že jsou jen dočasné. V léčbě závislosti se využívá právě ten faktor, že klient se svým pocitem nevyhýbá ani je netlumí, ale učí se je přijímat a vnímat. Mezi intervence se dá zařadit například snižování stresu, kognitivní terapie, prevence relapsu a komunitní léčba. Všechny intervence jsou založené nebo orientované v tomto případě na prvky mindfulness (Marcus, 2015). V programech léčby závislosti se také může využívat arteterapie (Feen-Calligan, 1995), canisterapie (Hlušičková & Gardiánová, 2014) nebo dramaterapie (Gordon, Shenar & Pendzik, 2018).

U behaviorálních závislostí se terapie nijak zásadně neliší, velmi často se využívají kognitivně behaviorální, motivační, psychodynamické nebo psychoanalytické přístupy. Významný rozdíl je u cíle léčby, u nelátkových závislostí se klient často nemůže vyhnout danému chování plně, a proto se využívá přístup kontrolovaného užívání. Ten u některých klientů vyvolává větší obtíže na cestě k úzdavě, protože se nemůžou zbavit pokušení plně a navždy (Kalina et al., 2015).

#### **8.4.1. Srovnání psychoterapií**

Na uvedených typech terapií jsou vidět podoby. Jak sebepoškození, tak závislost využívají individuální i skupinové terapie. Dochází k aplikaci přístupů jak behaviorálních, tak psychodynamických, psychoanalytických a motivačních. Dá se říct, že u závislosti i sebepoškození se terapie soustředí na nácvikové metody, emoční regulaci a zpracování traumat. U sebepoškození můžeme sledovat snahu o přizpůsobování terapií, a to u DGT, ERGT, T-SIB, které se zaměřují přímo na sebepoškození. Uvedené terapie pro sebepoškození využívají převážně prvků behaviorálních a kognitivně behaviorálních, jsou tedy vlastně kombinací toho, co se využívá u závislostí. Prvky mindfulness se také objevují u obou. V případech neverbální terapie se využívá canisterapie, arteterapie, či dramaterapie.

## 9. Prevalence souběžných poruch

### 9.1. Sebepoškozování a prevalence jiných poruch

Ve studii autorů Haw, Hawton, Houston a Townsend (2001) bylo zapojeno 150 pacientů a cílem této studie bylo určit prevalenci psychiatrických a osobnostních poruch u sebepoškozujících se pacientů. U 92 % pacientů se objevila diagnóza nějaké psychiatrické nemoci, téměř půlka z nich 45,3 % měla jen jednu diagnózu, 36,7 % dvě a 10 % z nich tři. Komorbidita dvou nebo více psychiatrických nemocí se tedy prokázala u 46,7 %, v této skupině se neprojevil signifikantní rozdíl mezi muži a ženami.

Afektivní poruchy se objevily u 72 %, nejčastější byla depresivní epizoda, která byla zjištěna u 70,7 %, nejčastěji šlo o epizody, které trvaly 2-6 měsíců, v této části se také neprojevil rozdíl mezi pohlavím. Téměř polovina epizod byla vážná nebo psychotická. V kategorii užívání návykových látek se zjistilo, že 26,7 % pacientů má nějaký problém s užíváním alkoholu, čtenější bylo užívání u mužů než u žen. U nelegálních návykových látek se objevili jen tři případy užívání heroinu a benzodiazepinů. Mezi neurotickými poruchami, poruchami vyvolanými stresem nebo somatoformními poruchami se objevily u 14% úzkosti, nejčastější byla sociální fobie a poté agorafobie. Pět participantů mělo somatoformní poruchu, tři participantů měli obsedantně kompulzivní poruch a tři postraumatickou stresovou poruchu. Poruchy příjmu potravy se prokázaly pouze u 10,7 %, v této kategorii se jednalo převážně o ženy. Některé další dotázané ženy měly poruchu příjmu potravy v minulosti. Na schizofrenii se přišlo u třech pacientů, čtyři pacienti trpěli schizoafektivní poruchou. Psychotické symptomy se celkově prokázaly u 9,3 % dotázaných. V kategorii poruchy osobnosti se ukázala emocionálně nestabilní porucha, pod kterou spadá hraniční porucha osobnosti, méně častá než úzkostná, anankastická nebo paranoidní porucha, což je nezvyklý výsledek. Celkově se ve studii neobjevily výrazné signifikantní rozdíly mezi muži a ženami kromě již zmíněných (Haw et al., 2001).

Chapman et al, (2006) naopak uvádí, že nejčastější porucha spojovaná se sebepoškozováním je hraniční porucha osobnosti, u které se tento jev projevuje u 48-79 % pacientů.

Zvyšuje se počet studií, u kterých se prokazuje přítomnost sebepoškozování u postraumatické stresové poruchy. To potvrzují i autoři Gratz & Tull (2012) ve své studii, kde uvádějí, že sebepoškozování se častěji objevuje u participantů s postraumatickou stresovou poruchou než u participantů bez ní.

V jiných studiích se prokázalo spojení mezi bulimií a sebepoškozováním. Například ve své studii se autoři Welch & Fairburn (1996) zaměřovali na spojitost bulimie nejen se sebepoškozováním, ale také s užíváním návykových látek. Studie byla provedena na 102 ženách s mentální bulimií, 102 ženách s jinou psychiatrickou poruchou a 204 nijak jinak nedignostikovaných ženách. Ve výsledcích se objevilo, že oproti kontrolní skupině u jedinců trpících mentální bulimií není rozdíl v množství užívání alkoholu. Rozdíl se ukázal v četnosti a zkušenostech s užíváním nelegálních návykových látek, neprokázalo se, že by

u jedinců docházelo k syndromu závislosti. Významný byl výsledek, že ženy s bulimií se častěji sebepoškozovaly.

Jiná studie zkoumala, jak se odlišují bulimické ženy, které se sebepoškozují, od těch, které mají sebevražedné chování, a od těch, které trpí pouze mentální bulimií. Ukázalo se, že ženy, které se poškozovaly častěji užívají laxativa a nelegální návykové látky. Dotazník také naznačoval vyšší disociaci u této skupiny žen (Anderson, Carter, McIntosh, Joyce & Bulik, 2002).

Další studie je zaměřená na sebedestruktivní chování celkově, autoři se zaměřili na sebepoškozování a na Münchhausenův syndrom. Při porovnání těchto dvou skupin sebedestruktivního chování se projevil rozdíl jen v jedné oblasti, a to u užívání návykových látek, kde vyšší hodnoty vykazovali sebepoškozující účastníci. U pacientů, co se sebepoškozovali se také frekventovaněji objevovala diagnóza afektivní poruchy, úzkostné poruchy a poruchy příjmu potravy. V dotaznících vykazovaly častěji rysy deprese, stresu a nízké hodnoty u optimismu a schopnosti ovládnout vlastní chování (Fliege, Lee, Grimm, Fydrich & Klapp, 2009).

Ve studii zaměřené na excesivní a potenciálně adiktivní chování u sebepoškozujících MacLaren (2010) rozdělil sebepoškozování na „vysoké“ a „nízké“. Účastníci, u kterých bylo poškozování charakterizováno jako vysoké měli často výrazně dominantně submisivní intimní vztahy, trpěli záchvatovitým přejídáním nebo hladověním, kompulzivním nakupováním, přehnaným pomáháním ostatním a pracováním. Důležité je, že častěji zneužívali předepsané léky, nelegální drogy, alkohol, gambling a kompulzivní sexuální chování. Skupina charakterizovaná nižším sebepoškozováním byla spojována s častým hladověním, přehnaným pomáháním, zneužíváním předepsaných léků a nelegálních drog. Studie ukázala, že 35 % ze skupiny „vysoké“ sebepoškozujících má problém s alkoholem a v kontrolované skupině to bylo pouze 1 %, u nelegálních drog a zneužívání léku šlo o 25 %, v kontrolované skupině to bylo 2,3 %. U patologického hráčství se jednalo o 15 % sebepoškozujících účastníků proti 3 % z kontrolované skupiny.

## **9.2. Závislost a prevalence jiných poruch**

V psychiatrii se používá pojem duální diagnóza, který znamená, že se u jednoho jedince vyskytují dvě diagnózy najednou. Tento pojem se nejčastěji váže s nadužíváním či závislostí na návykových látkách a souběžně s přítomností další psychiatrické poruchy (Bohnice bez hranic, 2012). Vácha & Kalina (2013) uvádějí, že se jedná o 50 % uživatelů návykových látek. Výskyt nějaké psychické poruchy ovlivňuje a komplikuje průběh i léčbu závislosti.

Mezi nejčastější nemoci se uvádí deprese, kdy se podle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti výsledky prevalence pohybují mezi 12-80 %. Tato porucha se nejvíce frekventovaně objevuje u závislých žen. Také je výskyt dvakrát častější u žen se závislostní poruchou než u žen bez této poruchy. Úzkostné poruchy, přesněji řečeno panická a posttraumatická stresová porucha mají prevalenci až 35 %, autoři naznačují, že

panická porucha je v této skupině pravděpodobně pod diagnostikovaná. Schizofrenie se vyskytuje u 30-66 % uživatelů, u psychotických pacientů se nejvíce objevuje užívání tabáku, alkoholu, konopí a kokainu. U bipolární poruchy se jedná o 40-60 % uživatelů, během manické fáze často dochází k nadužívání alkoholu nebo jiných látek jako jsou stimulanty a konopí, během fáze deprese dochází obvykle ještě ke zvýšení míry užívání. Poruchy osobnosti se často vyskytují u klientů závislých na nelegálních návykových látkách, nejhojněji se vyskytuje hraniční porucha osobnosti a antisociální porucha. U výskytu hyperaktivní poruchy s deficitem pozornosti neboli ADHD se udává rozmezí 5-33 % uživatelů. Častá je také přítomnost poruch příjmu potravy, uvádí se až 35 %, frekventovaněji se objevuje bulimie v porovnání s anorexií (Torrens, Mestre-Pintó & Domigno-Salvany, 2015).

### **9.2.1. Srovnání prevalence jiných poruch**

Z uvedených údajů je očividné, že výskyt dalších psychických onemocnění je frekventovaný u závislosti i sebepoškozování. Když se zaměříme na depresi, tak objevíme vysoká čísla v obou případech. V případě závislosti se prokázal v tomto aspektu vyšší výskyt u žen, ve studii o sebepoškozování nebylo toto potvrzeno. Úzkosti se objevují častěji také u obou skupin pacientů, postraumatická stresová porucha je podle uvedených zdrojů častější u sebepoškozujících pacientů. Schizofrenie a bipolární porucha se naopak častěji vyskytují mezi závislými klienty. Hraniční porucha osobnosti je častá v obou případech. Ohledně poruch příjmu potravy se objevuje v obou případech častěji bulimie, která převažuje u žen. Procentuálně se objevuje častěji u závislosti, ovšem hned několik studií prokazuje, že četnost je zvýšená i u sebepoškozování.

Ukázalo se, že mezi pacienty, co se sebepoškozují, se častěji objevují potíže se závislostí. Haw et al, (2001) udává, že 26,7 % má problém s alkoholem. Autor Maclaren (2010) ve své studii udává, že až 35 % sebepoškozujících má problém s alkoholem a 25 % s nelegálními látkami nebo zneužíváním léků, také poukazuje na zvýšený výskyt patologického hráčství. Také ženy trpící bulimií, co se sebepoškozovaly, častěji užívají nelegální látky (Anderson et al., 2002).

## 10. Diskuze a závěry

Na první výzkumnou otázku, která zní: „V jakých aspektech se sebepoškození a závislost odlišují?“ můžeme najít odpovědi vždy v kapitolách zaměřených na srovnání. Pokud bychom začali u diagnostických kritérií, tak jasný rozdíl vyvstává v tom, že kritéria pro sebepoškození jsou nová a teprve probíhají studie o jejich relevanci, přičemž kritéria závislosti jsou již pevně ukotvená. Kritéria závislosti jako zvyšování tolerance a craving se u sebepoškození také objevují, ale nejsou přímo uvedeny jako jedno z kritérií pro diagnózu. Somatický odvykací stav se objevuje pouze u závislosti. U popisu průběhu závislosti a sebepoškození vyvstal rozdíl u emocí předcházejících samotnou činnost, kdy u sebepoškození se jedná především o emoce negativní a u závislosti se objevují i pozitivní. Jedním z dalších rozdílů mezi závislostí a sebepoškozením je míra stigmatizace, která se ukázala být vyšší u závislosti. Pozitivní vliv na stigmatizaci má vyšší míra edukace. Ohledně etiologie a rizikových faktorů vedoucí ke vzniku těchto potíží se jako faktor u sebepoškození uvádí i ženské pohlaví, u kterého je tento problém častější. Rozdíl je tedy v tom, že u závislosti je tomu naopak a prevalence se ukazuje vyšší u mužů. U farmakoterapie můžeme vidět větší míru propracovanosti, využívání a zkušeností u léčby závislosti. U sebepoškozujících klientů není vhodné podávat benzodiazepiny, které se používají při léčbě závislosti. U terapií sebepoškození lze sledovat snahu o přizpůsobení přístupů přímo tomuto problému, a proto vznikají terapie zaměřené přímo jen na sebepoškození.

Druhá výzkumná otázka zní: „V jakých aspektech se sebepoškození a závislost shodují?“ U diagnostických kritérií se shodují se v aspektu pokračování činnosti i přes její negativní vliv na okolí, shoda se také objevila v porovnání s kritérii behaviorální závislosti, v bodech o častých interpersonálních a intrapersonálních konfliktech a využívání dané činnosti jako zvládací strategie. Dále se ukázalo, že průběh závislosti i sebepoškození je velmi podobný, v obou případech předchází činnosti silné emoce. Poté dochází k samotnému závislostnímu nebo sebepoškozujícímu aktu a nastane pocit vzrušení a úlevy, pocit euforie je výraznější u závislosti. Také se objevuje často pocit viny a nastává craving. Během průběhu dochází k působení na dopaminergní a endogenní opiátový systém. Oba procesy se shodují v jejich typickém opakování. U etiologie se objevovaly podobné rizikové faktory vedoucí ke vzniku těchto chování. U obou je vysoká prevalence sexuálního i fyzického zneužívání, ale jen u žen, co se sebepoškozovaly a u klientů užívajících nelegální návykové látky došlo k prokázání přímé spojitosti se sexuálním zneužíváním. Jako další faktory se ukázaly být různé těžké situace, nízký socioekonomický status, nízké sebevědomí a pocity beznaděje. Rizikovým faktorem sebepoškození je užívání návykových látek, toto poukazuje na spojitost mezi těmito jevy. U farmakoterapie je shodná potřeba komplexního přístupu ke klientům a léčba případných jiných souběžných poruch. Existují studie poukazující na možnost využití naltrexonu a buprenorfinu, které se využívají v adiktologii, v léčbě sebepoškození, tato sféra nabádá k potřebě dalších studií. U terapií se běžně užívají v obou případech přístupy behaviorální, kognitivně behaviorální, psychoanalytické, psychodynamické a motivační. Objevují se v obou případech prvky mindfulness a celkově

snaha o zlepšení emoční regulace, zpracování traumat a nácvikové metody. Využívají se terapie skupinové i individuální.

Tato bakalářská práce tedy ukazuje, že sebepoškození má určité závislostní charakteristiky. Ty lze sledovat pravděpodobně nejvýrazněji v popisu průběhu sebepoškození, to by mohlo pomoci s upřesněním diagnostických kritérií pro sebepoškození, která jsou oproti kritériím závislosti velmi rozsáhlá, i přestože je průběh téměř stejný. U léčby by mohlo být přínosné se více zaměřit na farmakoterapii a využít například látky užívané v adiktologii ke snižování cravingu. I přes několik existujících studií o využití buprenorfinu a naltrexonu, je farmakoterapie u sebepoškození stále nedostatečně probádaná sféra.

Třetí výzkumná otázka je zaměřena na prolínání klientely a zní: „Jak se prolíná klientela sebepoškozujících s klientelou závislých?“ Prevalence souběžných poruch se ukázala obdobná. Jak u závislých klientů, tak u klientů, co se sebepoškozují se objevuje frekventovaně deprese, bulimie, hraniční porucha osobnosti, postraumatická stresová porucha a úzkostné poruchy. Schizofrenie a bipolární porucha jsou podle uvedených zdrojů častější u závislých klientů. U bulimických žen se ukázalo, že ty, které se poškozují tak užívají častěji nelegální návykové látky. U sebepoškozujících klientů se ukázalo zvýšené užívání alkoholu, jiných návykových látek a vyšší prevalence patologického hráčství. Toto poukazuje na to, že pracovníci v adiktologických službách se velmi pravděpodobně setkají s klienty, kteří se sebepoškozují. A stejně tak pracovníci, kteří jsou zaměřeni na sebepoškozující klienty, budou řešit problém závislosti. Proto by mělo příznivý vliv zvýšit informovanost současně o sebepoškození a i závislosti.

Neexistují studie, které by se zaměřovaly na srovnávání sebepoškození a závislosti v tématickém rozsahu, který je uveden v této práci. Ucelené informace se tedy hledají poměrně těžko, ale existuje určité množství zahraničních studií, které se této problematice věnují. Ovšem vždy jsou zaměřeny jen na konkrétní úzké téma, a proto nejsou tak snadno přístupné. Tato práce tedy není tolik detailní, jak by být mohla, ale přistupuje k závislosti a sebepoškození komplexně, dává dohromady informace z detailních studií a popisuje v průběhu kapitol proces těchto jevů od diagnózy až po léčbu.

Pokud se na problém tedy podíváme komplexně, tak lze říct, že o závislosti toho víme podstatně více. V kapitolách, které jsou zaměřené na závislost je vždy jen omezené množství informací, uvedené jsou hlavně údaje relevantní k informacím zjištěných o sebepoškození. Pokud by se především závislost rozebírala detailněji, tak by pravděpodobně došlo ke zjištění mnoha dalších podob i odlišností. Tato práce tedy díky tomu dává možnost rozpracovat uvedená témata v budoucnu podrobněji. Objevují se v ní náměty na další práce a výzkumy. Určitě by bylo přínosné se zaměřit více na tuto problematiku z biologického hlediska, uvést možnosti genetické predispozice a rozepsat působení těchto projevů chování na dopaminergní a endogenní opiátový systém. Existují genderová specifika pro závislost a sebepoškození, toto téma by stálo za bližší prozkoumání. V návaznosti na to by bylo přínosné zjistit, proč muži jako zvládací strategii volí užívání návykových látek a ženy spíše



sebepoškozování. Platznerová (2009) uvádí, že by bylo dobré se zaměřit i na prevenci sebepoškozování, o které v době psaní publikace nebylo dostatek dat a vědomostí. Dodnes je těžké najít o tomto tématu ucelené a přehledné informace. Naopak u závislosti je prevence propracovaný a již dlouho fungující systém.

## 11. Zdroje a použitá literatura

Aboujaoude, E., & Salame, W. O. (2016). Naltrexone: A pan-addiction treatment? *CNS Drugs*, 30(8), 719-733. doi:10.1007/s40263-016-0373-0

Agarwal, L. J., Berger, C. E., & Gill, L. (2011). Naltrexone for Severe Self-Harm Behavior: A Case Report. *American Journal of Psychiatry*, 168(4), 437-438. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10101493

Anderson, C. B., Carter, F. A., McIntosh, V. V., Joyce, P. R., & Bulik, C. M. (2002). Self-harm and suicide attempts in individuals with bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 10(3), 227-243. doi:10.1002/erv.472

Angelotta, C. (2015). Defining and refining self-harm a historical perspective on nonsuicidal self-injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(2), 75-80. doi:10.1097/NMD.0000000000000243

Blanco, C., Moreyra, P., Nunes, E. V., Sáiz-Ruiz, J., & Ibáñez, A. (2001). Pathological gambling: Addiction or compulsion? *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 6(3), 167-176. doi:10.1053/scnp.2001.22921

Bohnice bez hranic. (2012). Duální diagnóza. [vid. 2020-04-15]. Dostupné z: [http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pribehy-nemoci/dualni-diagnoza/popis-nemoci/index.html?fbclid=IwAR05mWVf3nuL-nniEAvhN708cUfqBd50PEPAGyXeSYFQu5AB5L\\_V1EnYof0](http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pribehy-nemoci/dualni-diagnoza/popis-nemoci/index.html?fbclid=IwAR05mWVf3nuL-nniEAvhN708cUfqBd50PEPAGyXeSYFQu5AB5L_V1EnYof0)

Boudewyn, A. C., & Liem, J. H. (1995). Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 445– 459.

Carroll, J., Schaffer, C., Spensley, J., & Abramowitz, S. I. (1980). Family experiences of self-mutilating patients. *American Journal of Psychiatry*, 137, 852– 853.

Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8. doi:10.3389/fpsyg.2017.01946

Clark, H., Masson, C. L., Delucchi, K. L., Hall, S. M., & Sees, K. L. (2001). Violent traumatic events and drug abuse severity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(2), 121-127. doi:10.1016/s0740-5472(00)00156-2

Corrigan, P. W., Kuwabara, S. A., & O'Shaughnessy, J. (2009). The Public Stigma of Mental Illness and Drug Addiction Findings from a Stratified Random Sample. *Journal of Social work, 9*(2), 139-147. doi:10.1177/1468017308101818

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York , NY: Harper & Row.

Cuskey, W. R., Richardson, A. H., & Berger, L. H. (1979). *Specialized therapeutic community program for female addicts*.

Dubo, E. D., Zanarini, M. C., Lewis, R. E., & Williams, A. A. (1997). Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 42*, 63– 69.

Faye, P. (1995). Addictive characteristics of the behavior of self-mutilatio. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 36-39*.

Duffy, D. (2009). Self-injury. *Psychiatry, 8*(7), 237-240. doi:/10.1016/j.mppsy.2009.04.006

Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., & Domingo-Salvany, A. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. *The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (19)*, 100. doi:10.2810/532790

Fabian, W. D., & Fishkin, S. M. (1981). A replicated study of self-reported changes in psychological absorption with marijuana intoxication. *Journal of Abnormal Psychology, 90*(6), 546–553. doi:10.1037/0021-843X.90.6.546

Feen-Calllgan, H. (1995). The use of art therapy in treatment programs to promote spiritual recovery from addiction. *Art Therapy, 12*(1), 46-50. doi:10.1080/07421656.1995.10759123

Gil-Rivas, V., Fiorentine, R., & Anglin, M. D. (1996). Sexual Abuse, Physical Abuse, and Posttraumatic Stress Disorder among Women Participating in Outpatient Drug Abuse Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 28*(1), 95-102. doi:10.1080/02791072.1996.10471718

Goodman, A. (2009). The neurobiological development of addiction: an Overview. *Psychiatric Times, 26*(9), 1-14. [vid. 2020-04-15]. Dostupné z: <https://www.psychiatrictimes.com/>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. NJ: Englewood Cliffs.

Gordon, J., Shenar, Y., & Pendzik, S. (2018). Clown therapy: A drama therapy approach to addiction and beyond. *The Arts in Psychotherapy*, 57, 88-94. doi:10.1016/j.aip.2017.12.001

Grant J.E., Brewer J.A., Potenza M.N. (2006) The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS Spectrums*, 11 (12): 924–930. doi:10.1017/s109285290001511x

Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 238–250. doi: 10.1037/0002-9432.76.2.238

Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140. doi:10.1037/0002-9432.72.1.128

Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2012). Exploring the relationship between posttraumatic stress disorder and deliberate self-harm: The moderating roles of borderline and avoidant personality disorders. *Psychiatry Research*, 199(1), 19-23. doi:10.1016/j.psychres.2012.03.025

Gratz, K. L., Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L., & Tull, M. T. (2016). Exploring the association of deliberate self-harm with emotional relief using a novel Implicit Association Test. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(1), 91-102. doi:10.1037/per0000138

Green, A. H. (1978). Self-destructive behavior in battered children. *American Journal of Psychiatry*, 135, 579–582.

Hollen, K. H. (2008). *Encyclopedia of Addictions*. Santa Barbara, CA: Greenwood.

Griffiths, M. (1996). Behavioural addiction: An issue for everybody? *Employee Counselling Today*, 8(3), 19-25. doi:10.1108/13665629610116872

Griengl, H., & Dantendorfer, K. (2001). Naltrexone as a treatment of self-injurious behavior: a case report. *European Psychiatry*, 16(3), 193-194. doi:10.1016/s0924-9338(01)00564-8

Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 48-54. doi:10.1192/bjp.178.1.48

Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5

Hlušíčková, T., & Gardiánová, I. (2014). Farming therapy for therapeutic purposes. *Kontakt*, 16(1), e51-e56. doi:10.1016/j.kontakt.2013.06.001

Hollen, K. H. (2009). *Encyclopedia of addictions*. Westport: Greenwood.

Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371-394. doi:10.1016/j.brat.2005.03.005

International Society for the Study of Self-injury. (2018, May). What is self-injury? [vid. 2020-04-15]. Dostupné z: <https://itriples.org/about-self-injury/what-is-self-injury>.

Kalina, K. a kol. (2001). Glosář pojmů. [vid. 2020-04-10]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=278>

Kalina, K. a kol. (2015) *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-Injury. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215-219.

Kocourková, J., & Koutek, J. (2008). Sebepoškozování v adolescenci - narůstající problém? *Československá psychologie*, 52(6), 609-614. [vid. 2020-04-10]. Dostupné z: <http://cspsych.psu.cas.cz/index2.html>

Kriegelová, M. (2007). Sebepoškozující chování – koncepční a terminologická nejednotnost. *Sborník prací filozofické fakulty brněnské univerzity*, 113-120.

Kriegelová, M. (2008). *Záměrné sebepoškozování V dětství a adolescenci*. Grada Publishing a.s.

Law, G. U., Rostill-Brookes, H., & Goodman, D. (2009). Public stigma in health and non-healthcare students: Attributions, emotions and willingness to help with adolescent self-harm. *International Journal of Nursing Studies*, *46*(1), 108-119. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.08.014

Levenkron, S. (1998) *Cutting: Understanding and overcoming self-mutilation*. New York : Norton.

Lev-Ran, S., Le Strat, Y., Imtiaz, S., Rehm, J., & Le Foll, B. (2013). Gender differences in prevalence of substance use disorders among individuals with lifetime exposure to substances: Results from a large representative sample. *The American Journal on Addictions*, *22*(1), 7-13. doi:10.1111/j.1521-0391.2013.00321.x

Liu, R. T. (2017). Characterizing the course of non-suicidal self-injury: A cognitive neuroscience perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *80*, 159-165. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.05.026

MacLaren, V. V., & Best, L. A. (2010). Nonsuicidal self-injury, potentially addictive behaviors, and the Five Factor Model in undergraduates. *Personality and Individual Differences*, *49*(5), 521-525. doi:10.1016/j.paid.2010.05.019

Marcus, M. T. (2015). Mindfulness as Behavioural Approach in Addiction Treatment. In N. El-Guebaly, G. Carrà, & M. Galanter (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (pp. 821-839). doi:/10.1007/978-88-470-5322-9\_39

Marks I. Behavioral (Nonchemical) Addictions. *British Journal of Addiction*, 1990. *85* (11): 1389–1394.

Matthews, S., Dwyer, R., & Snoek, A. (2017). Stigma and Self-Stigma in Addiction. *Journal of Bioethical Inquiry*, *14*, 275-286. doi:/10.1007/s11673-017-9784-y

Mitten, N., Preyde, M., Lewis, S., Vanderkooy, J., & Heintzman, J. (2015). The perceptions of adolescents who self-harm on stigma and care following inpatient psychiatric treatment. *Social Work in Mental Health*, *14*(1), 1-21. doi:10.1080/15332985.2015.1080783

Neighbors, C., Lostutter, T. W., Cronce, J. M., & Larimer, M. E. (2002). Exploring College Student Gambling Motivation. *Journal of Gambling studies*, *18*, 361-370. doi:/10.1023/A:1021065116500

Nešpor, K., & Csémy, L. (1999a). *Bažení (craving) Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání*. Získáno z <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3urX1UT114gJ:www.kcentrumnoe.cz/cze/getfile.php%3FFileID%3D146+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>

Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1333-1341. doi:10.1097/00004583-200211000-00015

Norelli, L. J., Smith, H. S., Sher, L., & Blackwood, T. A. (2013). Buprenorphine in the treatment of non-suicidal self-injury: A case series and discussion of the literature. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 25(3), 323-330. doi:10.1515/ijamh-2013-0069

Ougrin, D., Zundel, T., Ng, A., Banarsee, R., Bottle, A., & Taylor, E. (2011). Trial of Therapeutic Assessment in London: randomised controlled trial of Therapeutic Assessment versus standard psychosocial assessment in adolescents presenting with self-harm. *Archives of Disease in Childhood*, 96(2), 148-153. doi:10.1136/adc.2010.188755

Paivio, S. C., and McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviours. *Child Abuse Negl.* 28, 339–354. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.11.018

Pirard, S., Sharon, E., Kang, S. K., Angarita, G. A., & Gastfriend, D. R. (2005). Prevalence of physical and sexual abuse among substance abuse patients and impact on treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 78(1), 57-64. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.09.005

Platznerová, A. (2009). *Sebepoškozování*. Praha: Galén.

Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146-157. doi:10.1521/suli.32.2.146.24399

Rozsivalová, E. (2015). Sebepoškozování v dětství a dospívání. *Pediatric pro praxi*, 16(6), 392-394. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/>

Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.e3. doi:10.1016/j.jaac.2012.09.018

Schäfer, M., Schnack, B., & Soyka, M. (2000). Sexueller und körperlicher Mißbrauch während früher Kindheit oder Adoleszenz bei späterer Drogenabhängigkeit. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 50(2), 38-50. doi:10.1055/s-2000-13235

Sinha, R. (2008). Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141(1), 105-130. doi:10.1196/annals.1441.030

Tang, J., Yang, W., Ahmed, N. I., Ma, Y., Liu, H., Wang, J., ... Yu, Y. (2016). Stressful life events as a predictor for Nonsuicidal self-injury in southern Chinese adolescence. *Medicine*, 95(9), e2637. doi:10.1097/md.0000000000002637

Tantam, D., & Whittaker, J. (1992). Personality Disorder and Self-wounding. *British Journal of Psychiatry*, 161(4), 451-464. doi:10.1192/bjp.161.4.451

ÚZIS ČR. (2018). F10-F19 poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. [vid. 2020-04-15]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>

Vacek, J., & Vondráčková, P. (2014, December 1). Behaviorální závislosti: Klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(6), 326-332.

Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665– 1671.

Victor, S. E., Davis, T., & Klonsky, E. D. (2016). Descriptive characteristics and initial psychometric properties of the non-suicidal self-injury disorder scale. *Archives of Suicide Research*, 21(2), 265-278. doi:10.1080/13811118.2016.1193078

Victor, S. E., Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2012). Is non-suicidal self-injury an “addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry Res*, 197(0), 73-77. doi:10.1016/j.psychres.2011.12.011

Welch, S. L., & Fairburn, C. G. (1996). Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 169(4), 451-458. doi:10.1192/bjp.169.4.451



Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A., & Harrington, R. (2001). Randomized Trial of Group Therapy for Repeated Deliberate Self-Harm in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1246-1253. doi:10.1097/00004583-200111000-00003

World health organization. (2020). Lexicon of alcohol and drug terms. World Health Organization. [vid. 2020-04-15]. Dostupné z: [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)