

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Veronika Hanzalová

**Sebepoškozování a účinné strategie jeho zvládní
u adolescentů**

Self-harming and its effective strategies managing at adolescents

Praha, 2021

Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Míková

Poděkování

Ráda bych věnovala poděkování vedoucí své bakalářské práce – Mgr. Gabriele Míkové. Chtěla bych poděkovat za její cenné rady, trpělivost a nápomoc při psaní i kontrole, při nezdarech i úspěších. Dále bych ráda poděkovala své rodině, především své sestře a mamince za jejich oporu a podporu ve chvílích, kdy se zdálo dopsání práce nemožné. Ráda bych také poděkovala Ondrovi Skrlovi za podporu, brainstorming a pomoc ve chvíli, kdy jsem potřebovala získat nadhled. V neposlední řadě bych ráda poděkovala Jiřímu Skalkovi za jeho trpělivost a to, že stál při mě a nechal mě psát bakalářskou práci u sebe doma, když nefungovaly systémy UK a eduroam.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 17.5.2021



.....

Veronika Hanzalová

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku záměrného sebepoškozování, je rozdělena na dvě části — literárně přehledovou a praktickou. V literárně přehledové části je nejprve vymezeno záměrné sebepoškozování jako pojem, dále je zasazováno do kontextu dalších pojmů spojených se záměrným sebepoškozováním a je vysvětlováno jeho místo v diagnostických příručkách. Tato část shrnuje jeho projevy, rizikové faktory, druhy a způsoby a další fenomény se záměrným sebepoškozováním spojené v období adolescence. Popisuje psychologické i fyziologické funkce záměrného sebepoškozování. Objasňuje motivy jedinců k záměrnému sebepoškozování a popisuje specifika období, kdy se jedinec sebepoškozuje. Dále objasňuje, co se děje v průběhu aktu sebepoškození. Především se ale orientuje na strategie, které napomáhají okamžitě zvládat sebepoškozování a zabraňují záměrnému sebepoškození se. Bakalářská práce v praktické části navrhuje výzkumný projekt, jehož cílem je ověření účinnosti strategií zvládání záměrného sebepoškozování ve věku adolescence.

Klíčová slova

záměrné sebepoškozování, zvládání záměrného sebepoškozování, strategie zvládání, adolescence

Abstract

Bachelor thesis focuses on the problematic of deliberate self-harm, it is separated into two parts — literary overview part and practical part. In the literary overview part is explained deliberate self-harm as a concept, further is put in the context of other concepts related to deliberate self-harm and is explained its place in diagnostic manuals. This part summarizes its manifestations, risk factors, types and ways, and other phenomena connected to deliberate self-harm in adolescent age. Describes psychological and physiological functions of deliberate self-harm. Clarifies individuals motives to self-harm and describes specifics of the period, when individuals self-harm. Further clarifies what is happening while in act of self-harm. Especially is oriented to strategies that help manage self-harm immediately and prevent deliberate self-harm. Bachelor thesis designs research project in the practical part, aimed at verification effectiveness of strategies managing deliberate self-harm in adolescence.

Keywords

deliberate self-harm, managing deliberate self-harm, managing strategies, adolescence

Obsah

Úvod	6
Literárně přehledová část	8
1. Vymezení záměrného sebepoškozování	8
1.1. Diagnostika záměrného sebepoškozování	9
2. Vybrané charakteristiky záměrného sebepoškozování	13
2.1. Rizikové faktory	13
2.2. Symptomy záměrného sebepoškozování	15
2.3. Druhy a způsoby záměrného sebepoškozování	16
2.4. Funkce a motivace záměrného sebepoškozování	17
2.5. Průběh procesu sebepoškození	20
2.6. Záměrné sebepoškozování jako závislostní chování	22
3. Zvládání záměrného sebepoškozování	24
3.1. Účinné strategie zvládání záměrného sebepoškozování	24
Návrh výzkumného projektu	30
1. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy nebo výzkumné otázky	30
2. Design výzkumného projektu	32
2.1. Typ výzkumu	32
2.2. Metody získávání dat	34
2.3. Metody zpracování a analýzy dat	35
2.4. Etika výzkumu	36
3. Výzkumný soubor	37
4. Diskuse	39
Závěr	41
Seznam použité literatury	43
Seznam zkratk	50
Příloha 1.	I
Příloha 2.	II

Příloha 3.

III

Příloha 4.

IV

Příloha 5.

V

Úvod

Téma záměrného sebepoškozování jsem si vybrala především, protože je mi blízké a považuji ho za jedno z velmi aktuálních témat v adolescentním období. Blízké je mi vzhledem k tomu, že se kolem mě v dospívání objevovali vrstevníci, kteří se sebepoškozovali. Vzpomínám si, že v té době v mém okolí bylo takových jedinců několik a sami nevěděli, jak zvládat své emoce a sebepoškozování — jak se k němu neuchylovat ve chvílích, kdy na něj myšlenky měli. Tato retrospekce pro mě byla první zásadní pohnutkou pro to, abych se zaměřila na tematiku záměrného sebepoškozování a jeho zvládání. Dále mým důvodem pro výběr tohoto tématu byla zvědavost dozvědět se o tématu poznatky z aktuálních studií.

Záměrné sebepoškozování u adolescentů je aktuálním tématem nejen v praxi, ale právě také ve výzkumu. Ten se prozatím orientoval především na okolnosti záměrného sebepoškozování, jako jsou například funkce, motivace k záměrnému sebepoškozování, a další. Zaměření na účinné strategie zvládání záměrného sebepoškozování zatím ve výzkumu není výrazné. Tento fakt je hlavní důvod pro výběr zaměření práce na účinné strategie záměrného sebepoškozování.

Cílem bakalářské práce je popis záměrného sebepoškozování jako fenoménu, který se objevuje ve společnosti a jeho zasazení do kontextu s interpersonálními i intrapersonálními aspekty. Dále si tato práce klade za cíl zmapování účinných strategií vědecky ověřených a další zmapování strategií, které jsou doporučovány, ale nejsou vědecky ověřené. Součástí této práce je návrh takového výzkumu, který by ověřoval účinnost vybraných strategií zvládání záměrného sebepoškozování.

První kapitola se zaměřuje na definici a diagnostiku záměrného sebepoškozování. Vzhledem k tomu, že v rámci odborných prací bylo sebepoškozování v historii spojováno s dalšími úzce provázanými termíny — sebepoškozujícím chováním a suicidálním chováním (Angelotta, 2015), záměrné sebepoškozování je vysvětlováno v této kapitole i v souvislosti s těmito pojmy. Dále se tato kapitola zaměřuje na vysvětlení záměrného sebepoškozování jako symptomu jiných diagnóz a na jeho samostatné zařazení do diagnostických manuálů.

Druhá kapitola pojednává o vybraných charakteristikách záměrného sebepoškozování. Jsou zde popsány rizikové faktory vzniku záměrného sebepoškozování, dále pak symptomy záměrného sebepoškozování, na něž navazuje popis způsobů záměrného sebepoškozování. V této kapitole je také popsán akt záměrného sebepoškození z psychologického i fyziologického hlediska. Dále se tato kapitola zaměřuje na funkce, které pro jedince záměrné sebepoškozování má, a motivaci k záměrnému sebepoškozování. Funkce a motivace záměrného sebepoškozování jsou zde vysvětleny

z několika úhlů pohledů. V této kapitole jsou uvedeny také vybrané modely funkcí záměrného sebepoškozování.

Třetí kapitola pojednává o tematicce zvládnání záměrného sebepoškozování. Uvádí a srovnává výsledky aktuálních studií. Dále se zaměřuje na strategie zvládnání záměrného sebepoškozování, které jsou doporučované organizacemi, jako je například Adolescent Self-Injury Foundation, nebo Nepanikař.

Jak již bylo výše nastíněno, cílem návrhu výzkumu je navrhnout takový výzkumný projekt, který by ověřoval účinnost strategií doporučených výše uvedenými organizacemi. Tato část bakalářské práce bude vycházet z literárně přehledové části a poznatků v ní obsažených.

V práci je využívána především aktuální odborná literatura v kombinaci s využitím starších publikací, s nimiž je lze srovnávat. V práci je citováno podle normy APA (2019).

Literárně přehledová část

1. Vymezení záměrného sebepoškozování

V anglických odborných textech je náročné najít shodu v pojmech a jejich definicích. Pro základní vymezení záměrného sebepoškozování se užívá více termínů, nejčastěji self-mutilation, parasuicide, non-suicidal self-injury a self-injurious behavior (Angelotta, 2015). V českém prostředí takový problém nenastává. Pro vymezení záměrného sebepoškozování se využívá termínu sebepoškozování, případně záměrné sebepoškozování (Kriegelová, 2008).

Při definování záměrného sebepoškozování se můžeme setkat s různými úhly pohledu na vymezení daného termínu. Kriegelová (2008) srovnává více definic záměrného sebepoškozování. Jako základní autorka uvádí vymezení podle Walshe a Rosena (1988, podle Kriegelová, 2008, s. 18), kteří záměrné sebepoškozování vysvětlují jako „takové chování jedince, kdy si dobrovolně a úmyslně poškodí vlastní tělesné tkáň, nebo tělesnou integritu bez ohledu na zdravotní riziko nebo nebezpečí a bez záměru zemřít“. Herpertzova definice doplňuje, že jde o opakující se chování (1995, podle Kriegelová, 2008). Platznerová (2009) uvádí psychiatrickou definici sebepoškozování jako agresivní chování namířené proti sobě, které nevede primárně ke smrti. Myšlenky na smrt mohou podle ní být se záměrným sebepoškováním spjaté, ale nejsou primárním cílem. Suyemoto (1998, podle Kriegelová, 2008) se zaměřuje zároveň na faktor sociální neakceptovatelnosti. Lze s tímto tvrzením srovnat prohlášení Angelotty (2015), že sebepoškozování je na pomezí normality a abnormality v rámci různých kultur a změn kulturního kontextu v historii.

Royal College of Psychiatrics (2020) upozorňuje na to, že jde o chování, při němž bývá racionální uvažování potlačené, protože se vyskytuje v emocionálně vypjatých či stresových situacích. V tomto smyslu Kriegelová (2008) poukazuje na problematiku používání přívlastku „záměrné“. Favazza (2001, podle Kriegelová, 2008) poukázal na fakt, že přes narušené vnímání během aktu není pravděpodobně těsně před aktem ještě vnímání narušené tolik, jako v průběhu aktu sebepoškození. Záměr sebepoškození podle něj vzniká před aktem, tedy pravděpodobně vědomě. Favazza (2001, podle Kriegelová, 2008) nicméně připouští, že ve stavech disociace lze o vědomém záměru dále polemizovat.

Z předložených definic je zřejmé, že všechny mají společné znaky. V této práci tedy bude užíván termín záměrné sebepoškozování, který je chápán jako fyzický akt, jež jedinec vykonává sám sobě a je za ním záměr fyzicky si ublížit. Zároveň platí, že jde o chování, které není sociálně akceptováno a není za ním suicidální záměr.

1.1 Rozlišení pojmu záměrného sebepoškozování od sebepoškozujícího chování a suicidálního jednání

Sebepoškozující chování, je vymezováno jako takové chování, které narušuje fyzický stav jedince a může zde být záměr ublížit sám sobě. Tento záměr ale není podmínkou (Kriegelová, 2008). Sebepoškozující chování má tedy charakter zastřešujícího pojmu pro další sebedestruktivní druhy chování. Kriegelová (2008) mezi způsoby sebepoškozujícího chování zahrnuje nejčastěji sebeškrcení, jakékoliv narušování vlastní kůže či tělo modifikující techniky. Podle Kriegelové (2008) by do skupiny sebepoškozujícího chování bylo možné zařadit také taková chování, která mají sebedestruktivní znaky, např. přepracovávání se, nebo setrvávání v násilném vztahu. Dále do této skupiny chování zahrnuje také chování spojené s poruchami příjmu potravy (PPP). Kocourková a Koutek (2014) uvažují o chování spojeném s poruchami příjmu potravy, podobně jako Kriegelová. Podle nich se PPP vyznačují podobnými znaky jako sebepoškozující chování — například agresí namířenou vůči svému tělu. Royal College of Psychiatrics ve svém textu (2020) doplňuje výše zmíněné způsoby sebepoškozujícího chování o nezodpovědné sexuální chování. Kromě výše uvedených sebepoškozujících druhů chování, jsou do této kategorie zařazovány také pokusy o suicidium a dokonané suicidium (Kriegelová, 2008).

V počátcích zájmu o záměrné sebepoškozování nedocházelo k rozlišování mezi kategoriemi sebepoškozování a suicidálního jednání (Angelotta, 2015). Avšak Favazza (1987, podle Kriegelová, 2008) upozornil na rozdíl mezi sebepoškozováním a suicidálním chováním a jasně tyto dvě skupiny chování oddělil. Kocourková (2006) popisuje suicidální jednání jako jednu ze skupin sebepoškozujícího chování a považuje ho za takové chování jedince, jehož cílem je ukončení vlastního života. Suicidální jednání lze tedy chápat jako nadřazený pojem pro suicidální myšlenky a záměry, pokus o suicidium, či dokonané suicidium (Kocourková, 2006).

Rozlišení charakteristik záměrného sebepoškozování od znaků suicidálního jednání je důležité především pro diagnostiku, léčbu i výzkum.

1.2 Diagnostika záměrného sebepoškozování

Záměrné sebepoškozování bývá označováno jako symptom jiných duševních poruch (Kriegelová, 2008). Sebepoškozování jako symptom jiných psychiatrických onemocnění uvádí i Platznerová (2009) a dodává, že diagnostika některých z duševních onemocnění je podmíněna právě záměrným sebepoškozováním. Avšak Angelotta (2015) i Gratz (2015) uvádějí, že v DSM-5 z roku 2013 je již sebepoškozování věnována pozornost jako samostatné poruše a je zahrnuto v sekci 3 jako porucha vyžadující bližší výzkum.

Sebepoškozování jako symptom

Jak je již výše zmíněno, sebepoškozování se v rámci diagnostických příruček uvádělo pouze jako součást nebo symptom jiné diagnózy. Podle Platznerové (2009) se nejčastěji jedná o hraniční poruchu osobnosti. Zároveň zmiňuje psychotické pacienty a pacienty, kteří trpí bludy. U záměrného sebepoškozování repetitivní povahy bývá součástí anamnézy také deprese, bipolární porucha, poruchy příjmu potravy, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha, disociativní poruchy, poruchy úzkostné povahy, mnohočetné poruchy osobnosti, nebo impulzivní poruchy blíže nespecifikované (Platznerová, 2009).

V diagnostickém manuálu ICD-11, který se v současné době připravuje, je sebepoškozování (self-harm) věnována podkapitola s názvem „Intentional self-harm” v části 23 (External causes of morbidity or mortality), která ale není součástí psychologicky a psychiatricky zaměřených diagnostik a nezaměřuje se tedy na psychologické souvislosti záměrného sebepoškozování, ale spíše na ty medicínského charakteru (World Health Organization, 2019).

Záměrné sebepoškozování jako samostatná diagnóza

V DSM-5 je záměrnému sebepoškozování věnována pozornost jako samostatné poruše a je zde doporučeno sebepoškozování (non-suicidal self-injury) věnovat další výzkum (Angelotta, 2015). Gratz (2015) vyjmenovává diagnostická kritéria, která jsou potřeba k diagnóze „Nonsuicidal self-injury disorder”, tedy nesuicidální sebepoškozující poruchy (v následujících odstavcích souvisejících s tímto označením v DSM-5 bude používáno označení NSSID). Tato kritéria jsou rozdělena do šesti skupin následovně (Gratz, 2015):

- A. zaneprázdnění záměrným sebepoškozováním alespoň pět dní v uplynulém roce
- B. očekávání, že záměrné sebepoškozování vyřeší interpersonální problém, poskytne úlevu od nežádoucích myšlenek a/nebo emocí, nebo vyvolá pozitivní emocionální stav
- C. prožitek jednoho z následujících:
 - a. mezilidské problémy, nebo negativní myšlenky/emoce těsně předcházející záměrnému sebepoškozování
 - b. posedlost záměrným sebepoškozením, jejíž zvládnutí je náročné, nebo
 - c. časté myšlenky na záměrné sebepoškození
- D. záměrné sebepoškozování není sociálně sankcionováno, ani omezováno, za účelem snížit sebepoškozující chování

- E. přítomnost záměrného sebepoškozování spojeného s klinicky signifikantním distresem, nebo jeho zasahování do dalších oblastí fungování (například práce, či škola)
- F. záměrné sebepoškozování se neobjevuje v kontextu psychózy, deliria, nebo užívání látek/jejich odnětí a není lépe vysvětleno jinou psychiatrickou poruchou, nebo zdravotním stavem

Z uvedených diagnostických kritérií lze konstatovat, že s definicemi záměrného sebepoškozování, které jsou uvedeny na začátku první kapitoly, korespondují pouze zčásti. Chybí zde formulace, že jde o fyzický akt, který si sebepoškozující sám vykonává. Zároveň název obsahující předponu sebe- je v tomto kontextu sebevysvětlující. Na rozdíl od nonsuicidal self-injury v ICD-11 jsou zde ale zahrnuty psychologické aspekty, které se s tímto fenoménem pojí.

Následující výzkumy se zabývaly kritérii uvedenými v DSM-5. Buelnes et al. (2020) zjišťoval mezi jednotlivými kritérii souvislost a zda odpovídají realitě záměrně se sebepoškozujících jedinců. Z výsledků této studie vyplývá možná spojitost mezi kritérii B a C. Přičemž jsou tato kritéria vnímána jako odlišné jednotky, které spolu pouze souvisí. Přestože v této studii byly hodnoty kritéria E níže než hodnoty ostatních kritérií, stále mělo signifikantní výpovědní hodnotu a autoři této studie ho považují za důležitou součást všech diagnostických kritérií uvedených v DSM-5. Toto kritérium totiž významně odlišuje participanty bez a s přítomným záměrným sebepoškozováním (Buelnes et al., 2020).

Gratz (2015) ve svém výzkumu zjistila, že kritérium E je jediné kritérium NSSID, které signifikantně souvisí s většinou klinických charakteristik, které zkoumala (špatná emocionální regulace, patologie hraniční poruchy a symptomy úzkostné, stresové a depresivní povahy). V jejím výzkumu se navíc ukázalo, že pouze 37 % sebepoškozujících jedinců splňovalo kritéria pro diagnostiku NSSID, která jsou uvedena v DSM-5. Zároveň ale hodnotí kritérium E, jako nejdůležitější pro diagnostiku, protože podle výsledků výzkumu, toto kritérium nejsilněji souvisí se závažností specifickou se záměrným sebepoškozováním spojenou i s obecnou klinickou závažností. V tomto výzkumu se nenašla signifikantní souvislost či spojitost mezi kritérii D a F a intrapersonálními, interpersonálními, klinickými charakteristikami, ani charakteristikami NSSID. V dalším výzkumu Gratz (2015, podle Zetterqvist, 2015) se 91 % sebepoškozujících se jedinců shodovalo s kritériem D. S kritériem F se ve Washburnově studii shodovalo 98,2 % adolescentů, které se léčí pro záměrné sebepoškozování (Washburn, 2015). Tato Washburn studie se zaměřovala na klinickou populaci, která se se záměrným sebepoškozováním léčí a 74 % této populace se shodovalo se všemi kritérii uvedenými v DSM-5 (Washburn, 2015). Z těchto výzkumů tedy vyplývá, že všechna

kritéria uvedená v DSM-5 souvisí s výskytem NSSID. Všechna kritéria jsou k NSSID relevantní. Je však nutné dodat, že každé záměrné sebepoškozování neznamená NSSID, protože se může vyskytovat také jako součást jiných psychických poruch (viz výše).

Definice diagnostických kritérií v DSM-5 by mohla zjednodušit další výzkum, tedy zpřesnit případná další diagnostická kritéria. Je možné také konstatovat, že kritéria, která jsou nyní uvedená v DSM-5 jsou přesná a výsledky studií jim odpovídají v rozpětí 37-74 %. Na tom se shodují i experti a odborníci z klinických řad — většina odborníků, která se účastnila výzkumu Lengela a Mullins - Sweatt (2013), souhlasila s kritérii uvedenými v DSM-5, jako se znaky typického pacienta, který se sebepoškozuje.

2. Vybrané charakteristiky záměrného sebepoškození

Aby bylo možné porozumět celému kontextu záměrného sebepoškození, je potřeba znát jeho souvislosti od faktorů, které mají rizikový vliv na vznik záměrného sebepoškození, přes typické znaky období záměrného sebepoškození, druhy a způsoby záměrného sebepoškození až k průběhu samotného aktu sebepoškození a jaké jsou psychologické souvislosti, které se v těchto okolnostech záměrného sebepoškození vyskytují.

2.1. Rizikové faktory

Rizikové faktory jsou v této práci uvedeny především proto, aby bylo možné hledat strategie zvládnání záměrného sebepoškození, které jsou účinné. Lečbych (2015) doporučuje záměrnému sebepoškození v praxi porozumět v kontextu života jedince a vnímat ho v souvislosti s fenomény, se kterými se pojí.

Rizikové faktory záměrného sebepoškození jsou různorodé. Zároveň se jedná často o koincidenci více faktorů, které se podílejí na tom, aby se u jedince projevilo záměrné sebepoškození. Mnohdy jde o souhru genetických a biologických předpokladů, osobnostní charakteristiky a traumatické a bolestivé události již od dětství (Gratz & Chapman, 2009).

Adolescence zahrnuje mnoho důležitých změn - v tomto období jedinec pohlavně i duševně zraje, mění se jeho sebepojetí (jedinec se začíná vymezovat vůči okolí, vyvíjí se u něj kritické myšlení), formují se stálejší povahové rysy a ustálují se povahové vlastnosti. Zároveň kolísá sebedůvěra a mohou se objevit pocity vnitřního zmatku. Dospívání může být provázeno emocemi, které jsou nečekaně silné a není pro dospívajícího snadné je kontrolovat. Mohou se objevovat také změny emocí od extrémní radosti k extrémnímu smutku a s tím spojená neschopnost regulovat tyto silné emoční stavy. To vše může být předpokladem ke vzniku sebepoškození (Kriegelová, 2008). Mnoho faktorů, které mohou souviset s výskytem sebepoškození, se objevuje již od dětství především v rodinném prostředí. V kontextu rodiny jde zejména o znaky týkající se výchovného působení rodičů, emocionálního klimatu a komunikace emocí (Řehulová, 2010).

Longitudiální výzkum Hankina a Abela (2011) identifikoval jako rizikové faktory pro záměrné sebepoškození zvýšenou introverzi, depresi u matky, známky deprese, nekvalitní úzké vztahy, beznaděj, potřebu ujišťování a negativní kognitivní styl. Pro objasnění souvislosti mezi sebepoškozením adolescenta a depresí u matky mají autoři této studie dvě vysvětlení. První se týká hypotézy interpersonální nákazy. Ta popisuje, že pokud je matka depresivní, dítě má později tendenci vykazovat také depresivní symptomy. Druhé vysvětlení se týká snahy přitáhnout pozornost depresivní matky, která se před dítětem uzavírá.

Ve výzkumu Tatnell et al. (2014) se jako rizikové faktory objevují vysoká úzkost v attachmentu k rodičům, věk 13-15 let, nízká podpora rodiny, dále jsou se záměrným sebepoškozováním spojeny nižší hodnoty sebevědomí, ženské pohlaví, vyšší self-efficacy, potlačování emocí a nižší využívání kognitivního přehodnocování.

Studie na Čínských dospívajících ukazuje, že rizikové faktory mohou být i následující: ženské pohlaví, úroveň vzdělání otce, zda je dítě jedináček, zanedbávání, týrání, samota, sociální podpora, nebo neschopnost regulace emocí (Tang, Li, et al. 2018). U této studie je ale nutno dodat, že zmíněné faktory mohou souviset s kulturou, která je v asijských zemích jiná, než v Evropě, a tudíž výsledky této práce nemusí korespondovat se stavem v evropských zemích.

Zásadním zjištěním ve výzkumu na norských adolescentech byla zvýšená pravděpodobnost záměrného sebepoškozování u jedinců, kteří jsou nebo byli šikanováni, i u jedinců, kteří šikanují. Nejvyšší pravděpodobnost byla zjištěna u jedinců, kteří jsou v současné době šikanováni. Tato studie dále podporuje předchozí studie v tvrzení, že ženské pohlaví je náchylnější k záměrnému sebepoškozování než mužské. Mezi další rizikové faktory uvádí problémy mezi rodiči, problémy s rodiči, problémy ve škole, které mají podle výsledků této studie významnou souvislost se záměrným sebepoškozováním. Dále do rizikových faktorů autoři studie řadí socioekonomický status nebo problémy s chováním ve škole (Myklestad & Straiton, 2021).

Přestože metaanalýza Fox a jejího týmu (2015) neprokázala věk jako rizikový faktor, v odborné literatuře na téma sebepoškozování se jako typické období sebepoškozování uvádí právě věk v adolescenci, například Platznerová (2009) zmiňuje věk 12-15 let. Také studie Tatnell et al. (2014) uvádí věk v období adolescence — 13-15 let. Platznerová (2009) však upozorňuje na to, že k záměrnému sebepoškozování může dojít i dříve, nebo později. V jiné studii bylo zjištěno, že jedinci se sebepoškozováním dřívějším než ve 12 letech mají mnohem vyšší frekvenci sebepoškozování než ti, kteří se začali sebepoškozovat v pozdějším věku (od 17 let dále) (Muehlenkamp et al., 2018). Z těchto zjištění vyplývá, že ve věku adolescence je pravděpodobnost záměrného sebepoškozování vyšší než v jiném věku.

Rizikové faktory je možné na základě zmíněných poznatků tedy rozdělit do tří skupin — genetické a biologické, interpersonální a intrapersonální. Případně pak podle Kriegelové (2008) na dlouhodobé, krátkodobé a precipitující. Některé rizikové faktory lze ovlivnit (např. způsob výchovy, kvalita vztahů), jiné ovlivnit nelze (např. věk, pohlaví). Tabulka 1 shrnuje faktory vulnerability k sebepoškozování podle Kriegelové (2008).

Dlouhodobé faktory vulnerability	Časná ztráta/separace od pečující osoby
	Odmítavý, nebo hyperprotektivní přístup pečující osoby
	Sexuální, fyzické, psychické zneužívání v dětství
	Trvalé osobnostní charakteristiky a duševní onemocnění
Krátkodobé faktory vulnerability	Momentální problémy v životě
	Nedostatek sociální podpory
	Pracovní či studijní problémy
	Zdravotní problémy
	Momentální zneužívání návykových látek
	Zhoršení symptomů duševní nemoci
Precipitující faktory vulnerability (stresující faktory, které nastávají několik dní těsně před epizodou záměrného sebepoškození)	Akutní problém ve vztahu k blízké osobě
	Finanční problémy
	Úmrtí nebo jiná trvalá ztráta blízké osoby
	Období volna/státních svátků

Tabulka 1 - Faktory vulnerability sebepoškození (Kriegelová, 2008)

2.2. Symptomy záměrného sebepoškození

V období záměrného sebepoškození u konkrétního jedince je možné detekovat projevy, které jsou pro záměrné sebepoškození typické. Lze si všimnout např. úrazů na místech příznačných pro sebepoškození (nedominantní paže, stehna, apod.), snahy zakrýt tato poranění např. oblečením, které neodpovídá počasí, vyhýbání se aktivitám, při kterých by sebepoškození mohlo být odhaleno, vlastnění předmětů, kterými si lze ublížit (zapalovač, žiletky, apod.) (Platznerová, 2009).

Health direct (2021) rozděluje tyto znaky do čtyř skupin — behaviorální (např. oddělené praní oblečení), psychologické (např. depresivní či úzkostné příznaky), fyzické (např. náhlé nevysvětlitelné bolesti hlavy, či rány na těle) a psychosociální (např. snížení zájmu v zálibách, problém s komunikací

svých emocí). Selekman (2009) upozorňuje na to, že vzhled a osobní styl člověka, který se podobá stylu gothic, nemusí nutně znamenat, že se sebepoškozuje. Stejně tak, pokud je jedinec tetovaný, má na těle piercingy, či jiné úpravy vzhledu, tyto znaky neindikují záměrné sebepoškozování u takového jedince.

2.3. Druhy a způsoby záměrného sebepoškozování

Favazza (2012) rozděluje záměrné sebepoškozování na závažné, stereotypické a povrchové mírné sebepoškození, které dále dělí na kompulzivní, impulzivní epizodické a impulzivní repetitivní. **Závažné sebepoškození** je charakteristické svojí nebezpečností, protože jde často o akt typu kastrace, či odstranění jiné části těla v souvislosti s poruchou psychotického charakteru. **Stereotypické sebepoškozování** má podstatu v neměnnosti a opakování monotónních pohybů (např. bušení hlavou) a objevuje se především u poruch autistického spektra, nebo osob s mentální retardací. **Kompulzivní sebepoškozování** se objevuje v návaznosti na úzkost. Zahrnuje především metody sebepoškození, jako je kousání nehtů, či zarývání nehtů do kůže. **Impulzivní epizodické sebepoškozování** vzniká jako reakce na emoční podnět bez promyšlení, které by sebepoškození předcházelo. **Impulzivní repetitivní sebepoškozování** je typické obsedantním myšlením na sebepoškození, ke kterému ale nemusí dojít (Favazza, 2012).

Záměrné sebepoškozování je tedy různého charakteru. Důvodem je mnoho možných faktorů, impulzů a motivů. Souvisí s tím také intenzita samotného sebepoškození a způsob, jakým je provedeno. Tato práce se dále bude soustřeďovat na záměrné sebepoškozování impulzivního a kompulzivního typu, protože tyto druhy záměrného sebepoškozování mají charakteristiky, kterými se tato práce primárně zabývá.

Způsoby záměrného sebepoškozování

Platznerová (2009) uvádí jako nejčastější způsoby sebepoškozování řezání ostrými předměty, pálení kůže, bušení hlavou, škrábání, propichování kůže, narušování hojících se ran, narušování popálené kůže, kousání, tahání kůže a vlasů, nebo dloubání do kůže. Whitlock a Selekman (2013) k již zmíněným přidávají trhání kůže, lámání kostí a požívání látek, které k tomu nejsou určené. Řezání jako nejčastější formu sebepoškozování podporuje výzkum evropských adolescentů. V něm autoři zjistili, že řezání je nejčastějším způsobem sebepoškozování mezi ženami i muži ve všech zúčastněných státech kromě Maďarska, kde je nejčastější formou sebepoškozování předávkování („overdosing“) (Madge et al., 2008). Na řezání, jako nejčastějším způsobu sebepoškození, se odborníci shodují. Ve výzkumu na klinické populaci bylo sebeřezání přítomno v 93 % případů. Dále jsou uvedeny popáleniny v 34 % a další poranění ve 30 % (Bout et al., 2020).

Patchin a Hinduja (2017) se ve svém výzkumu zaměřili na nový způsob sebepoškození — digitální sebepoškození. To ale není fyzického charakteru. Jde o anonymní sdílení ponižujících či jinak zraňujících informací o sobě samém na internetu.

S ohledem na různorodost způsobů záměrného sebepoškození je potřeba zaměřit se také na rozdílné nástroje k záměrnému sebepoškození využívané. K těm nejčastějším patří ostré předměty, pokud jde o pořezání se, cigarety, sirky nebo zapalovač v případě, že se jedná o popálení (Kocourková & Koutek, 2008).

V kontextu způsobů záměrného sebepoškození je třeba věnovat pozornost také místu na těle, na kterém se jedinci sebepoškozují. Nejčastějším místem, které je poškozováno, je zápěstí, předloktí a paže. Dále pak stehna, přičemž frekvence poškození tohoto místa je srovnatelná s předchozími, a hlava, jejíž poškození je mnohem méně časté (Fitzgerald & Curtis, 2017). Tato místa sebepoškození potvrzuje i studie Bout (2020) a přidává nohy, hrudník, břicho, obličej, chodidla a genitálie. Tato místa jsou ale pro sebepoškození dle tohoto výzkumu méně častá.

2.4 Funkce a motivace záměrného sebepoškození

S projevy záměrného sebepoškození úzce souvisí funkce a motivace záměrného sebepoškození. Funkce a motivace záměrného sebepoškození souvisí s okolnostmi rizikových faktorů, průběhu záměrného sebepoškození i období záměrného sebepoškození. Funkce záměrného sebepoškození vysvětlují, co danému jedinci záměrné sebepoškození přináší (Gratz & Chapman, 2009). Funkce záměrného sebepoškození úzce souvisí s motivací k záměrnému sebepoškození. V odborné literatuře se vyskytují tyto dva termíny společně, proto v této kapitole bude užíváno obou termínů (Kriegelová, 2008; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Nejprve bude vysvětlen motiv k záměrnému sebepoškození, poté bude kapitola zaměřena na funkce záměrného sebepoškození.

Motivy k záměrnému sebepoškození vycházejí z individuálních charakteristik každého sebepoškozujícího se. Klonsky et al. (2014) je rozděluje do dvou skupin — intrapersonální a interpersonální. Přičemž intrapersonální motivy odpovídají vnitřním motivům — např. emoční stav — a interpersonální představují mezilidské, tedy vztahové, sociální motivy. Babáková (2003) v kontextu motivace zmiňuje výchovné ústavy, kde bývá záměrné sebepoškození součástí „iniciace“ — přijetí do kolektivu. Ryšánková (2008) vysvětluje motivy záměrného sebepoškození jako snížení pocíťované tenze, způsob vyjádření zlosti, nebo snahu udržet kontrolu nad sebou samým. Pokud ale sebepoškození již nepřináší úlevu, nastává riziko suicida. Záměrné sebepoškození pro

adolescenta představuje formu změny svého myšlení, ale sebevražda by znamenala snahu o jeho ukončení (Ryšánková, 2008).

Podle výzkumné studie Démuth a Démutha (2019) se také liší motivy mezi pohlavími. Dívky se častěji sebepoškozují za účelem regulace emocí a sebetrestání, zatímco motiv sebepoškozování chlapců bývá pocit odolnosti, či tzv. sensation seeking, tedy snaha pocítit emoce spojené s něčím novým, potenciálně nebezpečným. Ohledně motivace k tomu, aby se jedinec sebepoškozoval se objevuje také mýtus o tom, že se jedinec snaží přitáhnout pozornost. Nicméně tento motiv u sebepoškozujících se adolescentů ve studiích vyskytuje pouze zřídka (Klonsky et al., 2014).

Záměrné sebepoškozování má pro jedince funkci dočasné úlevy od negativních emocí, kdy po aktu sebepoškození dochází ke zklidnění. Dále se může jednat o agresi namířenou proti sobě a způsob trestání sebe sama, nebo také o formu ovlivňování dalších osob, případně o fyzickou známku pocíťovaného stresu (Klonsky et al. 2014). Tento způsob dočasné úlevy je velmi přístupný a rychlý. Přesto existují další příčiny, kvůli kterým se jedinec sebepoškozuje.

Funkce záměrného sebepoškozování byly shrnuty v několika modelech záměrného sebepoškozování („nonsuicidal self-injury). V této práci bude zmíněn Model čtyř funkcí záměrného sebepoškozování podle Nocka z roku 2009 (Hepp et al., 2020), Kognitivně-emoční model záměrného sebepoškozování (Hasking et al., 2017) a Model benefitů a bariér (Hooley & Franklin, 2018).

Model čtyř funkcí záměrného sebepoškozování

Nock (2009, Hepp et al., 2020) v tomto modelu vysvětluje čtyři funkce záměrného sebepoškozování. Tyto funkce jsou založeny na polárních charakteristikách — pozitivně/negativně podporující, intrapersonalita/interpersonalita.

1. **Intrapersonální negativní podpora** je charakteristická tím, že snižuje vnitřní averzivní stavy.
2. Model **intrapersonální pozitivní podpory** vysvětluje, že akt sebepoškození vyvolává pozitivní vnitřní stavy.
3. **Interpersonální negativní podporu** popisuje tak, že sebepoškození zmírňuje nežádoucí chování druhých nebo nežádoucí interakce s nimi.
4. Sebepečkození v kontextu **interpersonální pozitivní podpory** vyvolává pozitivní chování druhých, případně pozitivní interakce s nimi (Hepp et al., 2020).

Kognitivně-emoční model záměrného sebepoškozování

Autoři tohoto modelu se snaží vysvětlit okolnosti aktu sebepoškození na základě schopnosti regulovat emoce a jedincových kognicích o sebepoškozování. Pokud se jedinec, který se v minulosti již sebepoškozoval dostane do situace, která je emočně nestálá, nastane vyšší pravděpodobnost, na základě vlastností uvedených níže, že u něj dojde k aktu sebepoškození, a že nebude schopen regulovat nebo se plně vyvarovat svojí emoční reakci (Hasking et al., 2017). Těmito vlastnostmi jsou:

1. Sklony k emoční reaktivitě
2. Negativní schémata sebe sama
3. Očekávání, že po vykonání aktu záměrného sebepoškození dosáhne jedinec vytouženého vnitřního stavu
4. Víra, že není schopen sebepoškození odolávat, nebo víra ve schopnost sebepoškodit se
5. Špatné strategie regulace emocí

Limitem tohoto modelu je však fakt, že počítá s předchozí zkušeností se záměrným sebepoškozováním jedince a nevysvětluje motivy k první zkušenosti se sebepoškozováním

Model benefitů a bariér

Model benefitů a bariér vysvětluje záměrné sebepoškozování ze dvou hledisek — benefitů, jež předkládají výhody, které sebepoškozování přináší, a bariér, které vysvětlují důvody, proč se někteří k sebepoškozování neuchýlí (Hooley & Franklin, 2018). Nicméně tato teorie stále nevysvětluje důvody, proč k sebepoškozování primárně dojde. Vysvětluje pouze, proč u jedinců, kteří se v minulosti sebepoškozovali, dochází k sebepoškozování nadále.

1. Bariéry
 - a. jedinci nemají o sebepoškozování povědomí
 - b. pozitivní vztah k sobě samému
 - c. nutnost fyzické bolesti při sebepoškození
 - d. averze vůči sebepoškození
 - e. sociální normy (jejich dodržování)
2. Benefity
 - a. okamžité zlepšení momentálního emočního stavu
 - b. uspokojení potřeby sebepotrestání
 - c. zajištění začlenění do skupiny jedinců, u kterých se záměrné sebepoškozování vyskytuje

d. vyjádření síly nebo psychické zátěže

Všechny uvedené modely se zaměřují na vysvětlení funkce záměrného sebepoškozování u jedinců, kteří se dříve sebepoškozovali. Zaměřovat se na funkce sebepoškozování, ke kterému již u daného jedince dříve došlo je důležité pro následnou volbu způsobu léčby a strategií zamezování sebepoškozování v danou chvíli, kdy se objeví nutkání sebepoškodit se. Nutkavé pocity sebepoškodit se úzce souvisí právě s funkcemi záměrného sebepoškozování. Nutkání nebo myšlenky na sebepoškození se objeví na určitém základě — dřívější zkušenosti se sebepoškozením a očekáváním stejných nebo podobných následků, jako například pocitu úlevy od nepříjemných emocí (Klonsky et al., 2014).

2.5 Průběh procesu sebepoškození

Aby bylo možné plně porozumět aktu sebepoškození, je třeba popsat průběh tohoto procesu. Ten byl objasněn například Liebenluftem v šesti následujících fázích (1987, podle Babáková, 2003):

1. precipitující událost (spouštějící)
2. zvyšuje se úzkostnost a dysforie (nepříjemné pocity depresivního charakteru)
3. prvotní nápad na sebepoškození
4. pokusy o zamezení sebepoškození se
5. sebepoškození
6. uvolnění psychické tenze

Rozsivalová (2015) popisuje čin podobně — předchází mu stresující událost, která vyvolá nepříjemné pocity. Následuje nutkání sebepoškodit se. Tomu se jedinec snaží vzdorovat. Pokud se mu odolat nepodaří, dojde k aktu sebepoškození, po kterém nastane pocit uvolnění. Dále může následovat tzv. craving, tedy toužení po dalším sebepoškození se.

V kontextu průběhu sebepoškození existují dva mechanismy, které se se sebepoškozením pojí — myšlení na sebepoškození a akt sebepoškození (Rodríguez-Blanco et al., 2018). Tyto dva mechanismy mají původ každý jinde. Zatímco myšlenky na sebepoškození jsou odpovědí na emocionální stav, k aktu sebepoškození dochází většinou, když je osoba sama v soukromí a předchází mu právě myšlenky na sebepoškození.

Mezi prvotní myšlenkou na sebepoškození a aktem ještě probíhají kognitivní procesy se sebepoškozováním spojené, které trvají (dle této studie) 1-30 minut přičemž záleží na jejich intenzitě, zda k činu nakonec dojde (Rodríguez-Blanco et al., 2018). Tyto kognitivní procesy jsou označovány jako „urges“, tedy nutkání. Mohou se objevovat v době, kdy sebepoškození není možné (např. ve

škole). Nebo také předchází sebepoškození a tím je podpořena hypotéza, že sebepoškození není zcela impulzivní čin bez předchozích signálů směřujících k němu (Hepp et al., 2020). Tato nutkání jsou důležitými zdroji informací o souvislostech záměrného sebepoškozování u konkrétního jednotlivce a jsou stěžejním údajem pro vhodné nastavení léčby a hledání účinných strategií zvládnání záměrného sebepoškozování.

Turner et al. (2018) se ve svém výzkumu na šedesáti účastnících ve věku 18-35 let zaměřovala na tři typy myšlenek a nutkání a na to, jak souvisí se záměrným sebepoškozováním. Výzkum trval jeden rok, přičemž dva týdny probandi vyplňovali každý den dotazník se zaměřením na nutkání k sebepoškozování, jejich náladu, stres a další okolnosti daného dne. Po těchto dvou týdnech následovalo každé tři týdny další vyplňování dotazníku zaměřujícího se na stejné charakteristiky, jako v předchozím období. Letmé myšlenky na záměrné sebepoškození se objevovaly častěji (ve 48 % dnů), než intenzivní (v 17 % dnů) a vytrvalé (v 11 % dnů). Intenzivní nutkání byla více spojena s provedením záměrného sebepoškození než letmé myšlenky. Nutkání k sebepoškozování se ráno spíše nevyskytovala, ale vzrůstala s blížícím se večerem. Stres, který participanti vnímali byl spojen s vyšší pravděpodobností, že se objeví vytrvalé myšlenky na záměrné sebepoškození ten samý den. Zároveň podpora z okolí byla spojena s nižší pravděpodobností zažívání intenzivních nutkání a myšlenek ten samý den. Z tohoto výzkumu tedy vyplývá, že myšlenky na sebepoškození a nutkání jsou časté a jsou spojeny s vnímaným stresem. Dále jsou spojeny s provedením aktu sebepoškození, přičemž záleží ale na jejich intenzitě, dále na míře stresu a míře podpory ze strany blízkých (Turner et al., 2018).

Fyziologický proces sebepoškození

Pokud se jedná o fyziologickou stránku sebepoškození, úzce souvisí s endokrinním systémem. Přestože informace ohledně fyziologie záměrného sebepoškozování nejsou rozsáhlé a na toto téma není mnoho výzkumů, některé poznatky o fyziologii sebepoškozování existují.

V souladu s popisem aktu z hlediska psychologického ve fázi, kdy je pocíťován stres, úzkost, nebo výše zmíněná dysforie, jsou v krvi zvýšené hladiny kortizolu. Při ublížení si, se vyplaví do krve endorfiny, které tlumí bolest a na kterých může vzniknout závislost. Při vyplavení endorfinů se uvolňuje psychická tenze a následuje úleva (Paroubková, 2019). Tento mechanismus vysvětluje, proč by na sebepoškozování mohla vznikat závislost — příjemné pocity, které endorfiny navozují a jednoduchý způsob (sebepoškození), jak takového stavu dosáhnout.

Další teorie se zaměřují na toleranci bolesti. Podle Bresina a Gordon (2013) mají jedinci, u nichž se záměrné sebepoškozování vyskytuje, vyšší hodnoty endogenních opioidů. Ty vedou ke zvýšené toleranci bolesti. Toto tvrzení podporuje výsledky výzkumů tolerance bolesti u jedinců, kteří

se sebepoškozovali či sebepoškozují — dle nich je tolerance bolesti u osob v současnosti nebo dříve se sebepoškozujících vyšší než u těch, kteří se sebepoškozováním zkušenost nemají (Bresin & Gordon, 2013). Teorie o zvýšené toleranci bolesti u sebepoškozujících by mohla vysvětlovat výskyt jedinců, kteří se sebepoškozují „aby něco cítili“. Tedy situaci, kdy sebepoškození předchází disociace, kterou bolest způsobená sebepoškozením ukončí (Rozsivalová, 2015). Nicméně celému fyziologickému kontextu záměrného sebepoškozování je potřeba věnovat další pozornost a výzkum, aby bylo možné tvrzení, která jsou předložena dostatečně podložit.

2.6 Záměrné sebepoškozování jako závislostní chování

Existují modely záměrného sebepoškozování, které předpokládají, že záměrné sebepoškozování vykazuje známky závislostního chování (Kriegelová, 2008; Guérin-Marion et al., 2018). Některé charakteristiky záměrného sebepoškozování se shodují s charakteristikami typickými pro adiktivní chování (Buser & Buser, 2013). Jako takové jsou uváděny např. kompulzivita, craving (bažení), ztráta kontroly, pokračování záměrného sebepoškozování i přes negativní důsledky, následná zvýšená tolerance k záměrnému sebepoškozování (Buser & Buser, 2013; Blasco-Fontecilla, 2016; Guérin-Marion et al., 2018). Victor et al. (2012) také upozorňuje na rozdíly mezi potenciálními závislostními znaky záměrného sebepoškozování a znaky návykového chování v souvislosti s užíváním návykových látek. Uvádí jako příklad fakt, že bažení po záměrném sebepoškozování se odehrává především v negativních emočních stavech. Naproti tomu k užívání návykových látek dochází v různých emočních stavech. Navíc záměrné sebepoškozování nemusí přinášet potěšení, ale často slouží ke snížení emočního tlaku (Victor et al., 2012). Případná závislost na záměrném sebepoškozování může být vysvětlována psychologickými nebo neurobiologickými mechanismy (Blasco-Fontecilla, 2016).

Psychologické mechanismy závislostních znaků záměrného sebepoškozování

Guérin-Marion et al. (2018) zjistila, že adiktivní povaha záměrného sebepoškozování pozitivně korelovala se všemi funkcemi zmíněnými ve čtyřfaktorovém modelu záměrného sebepoškozování (intrapersonální negativní podpora, intrapersonální pozitivní podpora, interpersonální negativní podpora, interpersonální pozitivní podpora). Vyšší hodnoty prvků závislostní povahy při záměrném sebepoškozování byly spojeny s častějším zapojením do záměrného sebepoškození během života jedince, momentálním záměrným sebepoškozováním a nutkáním k záměrnému sebepoškozování.

Buser a Buser (2013) také uvádějí, že jedinci, kteří se sebepoškozují vnímají záměrné sebepoškozování jako závislost. Blasco-Fontecilla et al. (2016) popisuje záměrné sebepoškození v kontextu psychologických mechanismů jako behaviorální závislost. Dle něj emoční stav při

nemožnosti sebepoškodit se, je podobný symptomům, které odpovídají odnětí drog u jedinců závislých na jejich užívání. Dodává také, že i po dlouhé době, kdy se už jedinec nesebeпоškozuje, je zde riziko relapsu.

Kriegelová (2008) se v souvislosti se závislostními znaky sebeпоškozování zaměřuje na duální pojetí emocí, kdy pokud jedinec pociťuje jednu párovou emoci, pak nepociťuje druhou párovou emoci. Podle ní je před aktem pociťována tenze, strach, či jiná negativní emoce, kterou se snaží jedinec narušit nebo ukončit sebeпоškozením. Akt sebeпоškození tedy tyto pocity ukončí a nahradí je opačnými. Poté při snaze o abstinenci se zvyšuje vnitřní tenze a stoupá motivace znovu si ublížit (Kriegelová, 2008).

Neurobiologické mechanismy závislostních znaků záměrného sebeпоškozování

Jak je již výše zmíněno, neurobiologické mechanismy mohou souviset se závislostními znaky záměrného sebeпоškozování. Pravděpodobně v této souvislosti hraje roli endogenní opiátový systém a zvýšená aktivace stresových mechanismů (Blasco-Fontecilla, 2016). Vystavení bolestivému podnětu, nebo jeho očekávání, zvyšuje hladiny endogenních opiátů. Zároveň u pacientů, kteří se záměrně sebeпоškozují, se nachází vyšší hladiny met-enkefalinů, které způsobují, že pacient při aktu sebeпоškození necítí bolest (Babáková, 2003). Uvolnění endogenních opiátů do centrální nervové soustavy vyvolává podle Blasco-Fontecilla et al. (2016) úlevu od psychické bolesti u většiny jedinců, kteří se během svého života sebeпоškozovali. Tento mechanismus může způsobovat toleranci a závislost na záměrném sebeпоškozování (respektive na těchto endogenních opiátech) u zranitelných jedinců (Blasco-Fontecilla et al., 2016).

V dostupné odborné literatuře panuje neshoda nad závislostní povahou záměrného sebeпоškozování. Victor et al. (2012) uvádí, že zjištění v dostupných výzkumech se přiklání k tvrzení, že záměrné sebeпоškozování slouží spíše k emoční regulaci, než k funkci závislostního charakteru u záměrného sebeпоškozování. Vzhledem k možnému adiktivnímu charakteru záměrného sebeпоškozování, je potřeba se zaměřit také na vhodnou léčbu a terapii záměrného sebeпоškozování, které by braly v úvahu i tuto možnost (Buser & Buser, 2013).

3. Zvládání záměrného sebepoškozování

Zvládání záměrného sebepoškozování má za cíl redukovat sebepoškozující epizody na minimum, v ideálním případě využívat takové strategie, které záměrnému sebepoškozování zamezí úplně (Paroubková, 2019). Aby bylo možné dosáhnout tohoto cíle, je zapotřebí několika faktorů, které mají vliv na jeho úspěch. Kriegelová (2008) mezi ně řadí motivaci jedince, sociální prostředí (respektive sociální podporu) a péči odborníků.

Zvyšování motivace k ukončení záměrného sebepoškozování dle Gratzové a Chapmana (2009)

Gratzová a Chapman (2009) upozornili na to, že motivace k ukončení záměrného sebepoškozování může kolísat — jedinec chce přestat, ale zároveň je záměrné sebepoškození jediná metoda, jak zvládat náročné situace, emoce, nebo má intenzivní nutkání a myšlenky na sebepoškození. Dále však dodávají, že je zároveň možné motivaci k ukončení záměrného sebepoškozování zvyšovat pomocí strategií k tomu určených. Mezi tyto patří:

1. Označení plusů a mínusů záměrného sebepoškozování z krátkodobého i dlouhodobého hlediska
2. Označení důvodů, proč se nesebepoškozovat
3. Označení všech kladných následků ukončení sebepoškozování
4. Získání podpory dalších lidí
5. Využívání řízených představ pro motivaci ukončení sebepoškozování

Odborná péče v souvislosti se záměrným sebepoškozováním

V odborné péči napomáhající zvládání záměrného sebepoškození se objevuje škála možností, na jaké odborníky se lze obrátit. Mezi tyto patří například psychologové, psychiatři, nebo poradci (Gratz & Chapman, 2009). Kriegelová (2008) uvádí také důležitost farmakologické intervence či sociální intervence. Dále existují organizace a instituce, které se přímo zaměřují na zvládání záměrného sebepoškozování - např. Adolescent Self-Injury Foundation (ASIF). V České republice existují instituce a organizace, které se mimo jiné zabývají i problémem záměrného sebepoškozování. Mezi nimi lze zmínit například Linku bezpečí, aplikaci Napanikař, či organizaci Šance dětem.

3.1. Účinné strategie zvládání záměrného sebepoškozování

Za účinné strategie lze považovat takové, které byly prokázány jako přínosné při odolávání záměrnému sebepoškozování (Klonsky & Glenn, 2008). Napříč výzkumy a studii se objevují strategie, které se zaměřují na zvládnutí jednoho specifického znaku (např. nutkání), či komplexně na zvládání záměrného sebepoškozování.

Cílem strategií zaměřených na nutkání a myšlenky na záměrné sebepoškození je redukce těchto myšlenek a následné zamezení sebepoškození se. Na téma managementu nutkání a myšlenek spojených se záměrným sebepoškozování není mnoho výzkumů, často jsou kvalitativního charakteru a využívají omezené zdroje strategií, jak snižovat záměrné sebepoškozování. Proto jsou prozatím poznatky na toto téma velmi limitované.

Turner et al. (2018) ve svém výzkumu rozdělila druhy nutkání a myšlenek na záměrné sebepoškozování do tří typů — letmé, vytrvalé a intenzivní. Dále byly zkoumány strategie, které pomáhají odolat těmto druhům myšlenek a nutkání. Zaměřila se na copingové strategie zaměřené na problém a na vyhýbavý coping. Coping zaměřený na problém byl spojen s vyšší pravděpodobností, že jedinec odolá letným i intenzivním myšlenkám v ten samý den. Dále bylo ve stejném výzkumu zjištěno, že copingové strategie zaměřené na problém souvisely s vyšší pravděpodobností odolání vytrvalým myšlenkám na záměrné sebepoškození (Turner et al., 2018).

Fitzpatrick et al. (2020) se zaměřoval na intenzitu myšlenek a nutkání a také na jejich dobu trvání. Zjistil, že kratší doba trvání myšlenek (od 1 do 30 minut) vede k vyšší pravděpodobnosti sebepoškození se. Dalším zjištěním bylo, že intenzita nutkání a myšlenek na sebepoškození se je více spojena se sebepoškozením se, než doba trvání těchto myšlenek a nutkání. Dále zjišťoval, které činnosti alternovaly činu sebepoškození, když se objevily myšlenky na něj. Tyto činnosti jsou (seřazeny sestupně od nejčastěji používaných):

1. Poslech hudby
2. Povídat si s někým
3. Odklonění myšlenek jinam
4. Plnění domácích úkolů
5. Spánek
6. Sledování televize
7. Činnost, kterou si jedinec užívá za účelem rozptýlení
8. Prohlížení sociálních sítí
9. Snaha o změnu myšlení
10. Procházka venku
11. Relaxační strategie
12. Zúčastnění se internetové podpůrné skupiny

Gratzová a Chapman (2009) doporučují několik strategií zvládnání nutkání k záměrnému sebepoškození. Vycházejí z předpokladu, že v této souvislosti jedinec baží po sebepoškození a nabývají různé intenzity a síly. Zmiňují tyto strategie:

1. Přijetí nutkání, akceptování toho, že se objevilo
2. Rozptýlení se
 - a. zamětnání mysli
 - b. vytvoření silných smyslových podnětů
 - c. být aktivní
3. Praktikování mindfulness a pozorování nutkání
4. Fyzická aktivita
5. Nahrazování sebepoškození jinou aktivitou podobnou sebepoškození, která ale fyzicky neublíží a není natolik závažná, jako záměrné sebepoškození

Ovšem Gratzová a Chapman (2009) neuvádí žádnou studii, která by ověřovala účinnost výše zmíněných strategií, přestože ke každé poskytují podrobný návod. Dále se ale zaměřují na zvládnání emocí spojených se záměrným sebepoškozením. Nabízejí jako strategie jejich zvládnání několik dovedností:

1. Určení a uvědomění si emocí (a jejich projevů v myšlení, chování a tělesných projevech)
2. Vyjádření emocí
3. Prožití emocí
4. Použití sebeuklidňujících strategií
5. Hluboké dýchání
6. Rozptýlení se

Davies et al. (2020) se zaměřovala ve své studii na redukci záměrného sebepoškození z dlouhodobého hlediska a rolemi strategií zvládnání záměrného sebepoškození v dlouhodobé redukci záměrného sebepoškození. Jako efektivní strategie, které účastníci praktikovali, vnímali strategie, které v nich vyvolávaly pocity autonomie a kompetentnosti ke zvládnání sebepoškození. Zároveň se jevílo jako efektivní vytvoření široké škály strategií zvládnání sebepoškození a využívání bariér praktikování záměrného sebepoškození - např. ošetřování ran, využívání znalostí anatomie. Tyto znalosti by ale také mohly mít potenciální negativní dopad v některých případech, například u suicidálních jedinců. A to z toho důvodu, že pokud mají suicidální jedinci znalosti z anatomie, mohly by tyto znalosti využít při suicidálních pokusech. Neefektivní byly techniky zkoumané v tomto

výzkumu v případě, kdy byla nízká motivace jedinců nesebepoškozovat se a někteří jedinci považovali strategie účinné pouze v rámci momentálního emočního stavu (Davies et al., 2020).

Výčet strategií zvládnání záměrného sebepoškozování používané ve výzkumu Davies et al. (2020):

1. natahování a pouštění gumičky na zápěstí
2. mačkání ledu
3. ošetřování ran
4. stříhání nehtů
5. sterilizace vybavení k sebepoškozování
6. jezení ostrého jídla
7. mlácení do polštářů
8. štípání kůže jako náhrada za sebepoškozování
9. mytí rukou pod ledovou vodou
10. učení se znalostem anatomie
11. kousání se do jazyka
12. jezení kyselých sladkostí
13. kreslení po kůži

Wadman et al. (2019) se ve svém výzkumu zaměřoval na čtyři kategorie způsobů snižování záměrného sebepoškozování — zastoupení sebepoškození bezpečnějšími fyzickými způsoby, zastoupení sebepoškození bezpečnějšími způsoby procesu sebepoškození, redukce sebepoškození a omezení sebepoškozování. První dvě strategie z výše zmíněných nejsou vnímány jako efektivní z pohledu sebepoškozujícího se jedince, protože neřeší jádro problému. Ale jsou vnímány jako užitečné ve chvílích, kdy si jedinec nemůže ublížit. Zároveň jsou jedinci vnímány jako jistá forma sebepoškozování, přestože by měly fungovat jako jeho substituce (Wadman et al., 2019).

Strategie zvládnání záměrného sebepoškozování doporučené organizacemi

Relevantních výzkumných studií na téma účinných strategií zvládnání záměrného sebepoškozování je velmi málo. Proto v této kapitole budou uvedeny také strategie doporučené organizacemi zaměřujícími se na pomoc záměrně se sebepoškozujících jedinců. V České republice existuje mobilní aplikace Nepanikař, která se zaměřuje na psychologickou první pomoc v náročných situacích a mezi nimi je právě i záměrné sebepoškozování. Tato aplikace nabízí možnosti, které mohou pomoci v situaci, kdy si jedinec chce ublížit, možnost vytvoření vlastního seznamu strategií, které jedinci pomáhají, vytvoření vlastního záchranného plánu, řízená dechová cvičení a nastavení

doby, po kterou se jedinec zvládal nesebepoškozovat (Nepanikař, n.d.). Strategie, které aplikace nabízí jako možnosti pomoci:

1. Přejíždět si ledem po místě, na kterém si jedinec chce ublížit
2. Napsat kamarádovi
3. Malovat si červenou fixou po ruce
4. Bouchat do polštáře
5. Napsat na papír, jak se jedinec cítí a poté ho roztrhat
6. Zmačkat papír
7. Křičet
8. Zacvičit si, projet se na kole, nebo jít běhat
9. Jít se projít
10. Uklízení
11. Malování
12. Nakreslení toho, jak si chce jedinec ublížit
13. Spánek
14. Relaxace (doporučují řízenou relaxaci)
15. Studená sprcha
16. Zatínání pěstí
17. Napsat blízké osobě o tom, jak se jedinec cítí
18. Jít mezi lidi

Uvedené strategie je možné srovnat se 146 doporučeními, která navrhuje zahraniční organizace Adults Self-injury Foundation. Tato organizace také vytvořila The Butterfly Project, jež má za cíl motivovat a podporovat jedince, kteří se rozhodli se záměrným sebezpoškozením skončit. V první fázi si jedinec namaluje motýla na místo, kde by si chtěl ublížit. Pokud motýl vybledne bez toho, aby si jedinec ublížil, autoři projektu tento případ přirovnávají k tomu, že motýl mohl uletět a přežít. Pokud si ale jedinec ublížil, znamená to, že motýla musí umýt a začít znovu. Nabízejí také možnost napsat si na ruku jména svých blízkých, aby si jedinec kdykoliv si chce ublížit mohl připomenout, že jsou v jeho životě lidi, pro které je důležitý a kterými je milován. Ve druhé fázi si jedinec vytváří náramek nebo náhrdelník z přívěsků motýlů. Přívěsek motýla představuje jeden týden, kdy si jedinec ani jednou neublížil. Jedinec tak může být motivován neustálou připomínkou toho, jak dlouho už se nesebezpoškozuje. Další strategií, kterou ASIF doporučuje, je teorie objetí. V rámci této strategie si jedinec má uvědomit, jak se cítí a na základě vážnosti negativních emocí a touhy sebezpoškodit se by měl obejmout počet lidí odpovídající míře negativních emocí. Poslední strategií, kterou ASIF nabízí,

je vytvoření vlastní krabice štěstí. Jedinec si ozdobí vlastní krabici, naplní ji předměty, které mu přináší radost a kdykoliv má potřebu se sebepoškodit, nebo se necítí dobře, může si otevřít krabici a připomenout si šťastné vzpomínky spojené s předměty, kterými ji naplnil (Adolescent Self-Injury Foundation, n.d.).

Návrh výzkumného projektu

Následující část bakalářské práce předkládá návrh výzkumného projektu, který navazuje na předcházející literárně přehledovou část bakalářské práce a bude se věnovat ověřování účinnosti vybraných strategií zvládnání záměrného sebepoškozování u adolescentů.

1. Výzkumný problém

Výzkumným problémem v této bakalářské práci je tematika strategií zvládnání záměrného sebepoškozování. Proto si předkládaný návrh výzkumu klade za cíl ověření účinnosti strategií záměrného sebepoškozování, které jsou doporučovány autory aplikace Nepanicar a Adolescent Self - Injury Foundation. Tyto strategie byly vybrány, protože prozatím nebyla jejich účinnost výzkumně ověřena. Zároveň by měly výsledky návrhu výzkumu odpovědět na následující otázky.

Výzkumné otázky

1. Jsou tyto vybrané strategie zvládnání záměrného sebepoškozování účinné?
2. Jsou některé skupiny strategií zvládnání záměrného sebepoškozování účinnější než jiné?
3. Které skupiny to jsou?

Formulace výzkumných hypotéz

Pro zjištění odpovědí na otázky formulované v předchozí části budou sloužit následující alternativní hypotézy, které pro přehlednost rozdělím dle toho, který dotazník data k ověření daných hypotéz, shromažďuje:

Hypotézy, jejichž data jsou shromažďována dotazníkem OSI

H_{A1}: U skupiny 1 je skóre četnosti záměrného sebepoškozování na konci experimentu signifikantně nižší, než na začátku experimentu.

H_{A2}: U skupiny 2 je skóre četnosti záměrného sebepoškozování na konci experimentu signifikantně nižší, než na začátku experimentu.

H_{A3}: U skupiny 3 je skóre četnosti záměrného sebepoškozování na konci experimentu signifikantně nižší, než na začátku experimentu.

H_{A4}: Skupina 1 má na konci experimentu signifikantně méně intenzivních myšlenek na sebepoškození, než kontrolní skupina.

H_{A5}: Skupina 2 má na konci experimentu signifikantně méně intenzivních myšlenek na sebepoškození, než kontrolní skupina.

H_{A6}: Skupina 3 má na konci experimentu signifikantně méně intenzivních myšlenek na sebepoškození, než kontrolní skupina.

H_{A7}: Skupina 1 má na konci experimentu signifikantně méně četností sebepoškození než skupina 2.

H_{A8}: Skupina 3 má na konci experimentu signifikantně méně četností sebepoškození než skupina 2.

H_{A9}: Skupina 3 má na konci experimentu signifikantně méně četností sebepoškození než skupina 1.

H_{A10}: Skupina 1 má signifikantně méně myšlenek na sebepoškození na konci experimentu, než na kontrolní skupina.

H_{A11}: Skupina 2 má signifikantně méně myšlenek na sebepoškození na konci experimentu, než kontrolní skupina.

H_{A12}: Skupina 3 má signifikantně méně myšlenek na sebepoškození na konci experimentu, než kontrolní skupina.

Hypotézy, jejichž data jsou shromažďována Zápiskem sebepoškození

H_{A13}: U skupin 1, 2 a 3 existuje signifikantní vztah mezi počtem dnů od zahájení terapie a průměrným skóre četnosti záměrného sebepoškození.

2. Design výzkumného projektu

Výzkumný projekt se bude zaměřovat na zjišťování účinnosti konkrétních strategií zvládnání záměrného sebepoškozování. Výzkumným designem je experiment, který bude doplněn dotazníky. Experiment byl vybrán z toho důvodu, že nejlépe simuluje podmínky, potřebné pro získání dat, která jsou k ověření hypotéz nezbytné. Následuje popis návrhu realizace výzkumného projektu.

2.1 Typ výzkumu

Zvoleným metodologickým rámcem navrhovaného výzkumu je experimentální studie za využití dotazníků. Výzkum bude probíhat v několika fázích. Bude mu předcházet pilotní fáze, ve které bude standardizován český překlad dotazníku Ottawa Self-Injury Inventory (OSI). Následuje podrobný popis fází výzkumu.

Pilotní fáze – Standardizace českého překladu OSI

Pro získání dat bude využito dotazníku OSI, který nemá český překlad. Bude proto nutné v pilotní fázi přeložit tento dotazník a pomocí psychometrických metod ho standardizovat. Dále budou vytvořeny normy pro české prostředí, aby bylo možné metodu využívat v českém prostředí i nadále.

Fáze kategorizace strategií zvládnání záměrného sebepoškozování

V této fázi budou rozřizeny zkoumané strategie do dvou kategorií — strategie zaměřené na problém a vyhýbavé strategie. Tyto dvě skupiny byly využity také ve studii Turner et al. (2018), která byla zaměřená na zvládnání myšlenek na záměrné sebepoškozování. Pro rozřazení jednotlivých zkoumaných strategií do těchto kategorií budou osloveni odborníci z řad psychologů a psychiatrů, kteří se výzkumně či v praxi věnují problematice záměrného sebepoškozování.

Strategie zvládnání záměrného sebepoškozování, které zde budou rozřazovat, budou vycházet ze seznamu strategií zvládnání záměrného sebepoškozování aplikace Nepanikař a organizace Adolescent Self-Injury Foundation. Pro připomenutí je zde ještě jednou uvádím (Nepanikař, n.d.; Adolescent Self-Injury Foundation, n.d.):

1. Přejíždět si ledem po místě, na kterém si jedinec chce ublížit
2. Bouchat do polštáře
3. Napsat na papír, jak se jedinec cítí a poté ho roztrhat
4. Zmačkat papír
5. Křičet

6. Zacvičit si, projet se na kole, nebo jít běhat
7. Jít se projít
8. Uklízení
9. Malování
10. Nakreslení toho, jak si chce jedinec ublížit
11. Spánek
12. Relaxace (doporučují řízenou relaxaci)
13. Studená sprcha
14. Zatínání pěstí
15. Napsat blízké osobě o tom, jak se jedinec cítí
16. Jít mezi lidi
17. Napsat kamarádovi
18. Nakreslení motýla na ruku
19. Napsání jmen blízkých na ruku
20. Objetí tolika lidí (1-5), jak moc by si jedinec chtěl ublížit
21. Vytvoření krabice štěstí, ke které se může jedinec v těžkých chvílích vracet
22. Vytvoření náramku/náhrdelníku s přívěsky motýlů, které symbolizují každý jeden týden bez sebepoškození

Tyto strategie budou odborníci rozřazovat do dvou skupin – ty, které pomáhají uvolňovat tenzi, psychický přetlak, či negativní emoce (strategie zaměřené na problém) a strategie, které pomáhají myšlenky na sebepoškození a nutkání k němu odklonit (vyhýbavé strategie). Strategie budou odborníci rozdělovat na základě vlastního vnímání jednotlivých strategií. Podobný proces byl využit ve studii Lengela & Mullins-Sweatt (2013), ve které odborníci hodnotili kritéria diagnostiky NSSID v DSM-5.

Po vyhodnocení výsledků (viz kapitola 2.4) budou strategie rozděleny do kategorií strategie zaměřené na problém a vyhýbavé strategie. Tyto dvě kategorie budou využity v další části výzkumu.

Experimentální fáze výzkumu

Jak již bylo nastíněno, navrhovaným výzkumným projektem je experimentální studie za využití dotazníku OSI a zápisníku záměrného sebepoškození.

Před započítím samotného experimentu vyplní všichni účastníci dotazník OSI, který bude sloužit jako pretest. Data získaná v pretestu poslouží ke komparaci dat s posttestem na konci

experimentu. V této fázi bude také proveden strukturovaný rozhovor pro zjištění demografických údajů, které budou sloužit pro rozdělení do jednotlivých skupin.

Následně budou účastníci rozděleni do čtyř skupin — třech experimentálních skupin a jedné kontrolní. V experimentálních skupinách proběhne intervence v podobě zadaných kategorií strategií zvládnání záměrného sebepoškozování, v kontrolní skupině tato intervence neproběhne. Aby bylo dosaženo homogenity mezi skupinami, bude využito náhodného přiřazení. Abychom mohli náhodné přiřazení provést, bude třeba zjistit demografické údaje (věk, přítomnost diagnózy, úplná nebo neúplná rodina, apod.). Tyto údaje budou zjištěny při rozhovoru s účastníky, který bude probíhat před samotným započítáním experimentu. Během rozhovoru proběhne také instruktáž pro každého účastníka, při které budou proškoleni ve vykonávání strategií, aby do experimentu všichni účastníci vstupovali s podmínkami co nejvíce podobnými. Instruktáž proběhne pro každého účastníka zvlášť, aby byla zachována anonymita mezi jednotlivými účastníky. Rozdělení do skupin bude následovné:

Skupině 1 budou zadány instrukce pro vykonávání strategií zařazených do kategorie strategií zaměřených na problém.

Skupině 2 budou zadány instrukce pro vykonávání strategií zařazených do kategorie vyhýbavých strategií.

Skupině 3 budou zadány instrukce pro vykonávání strategií zařazených do obou kategorií.

Kontrolní skupině budou zadány pouze obecné instrukce účasti na výzkumu a dostanou instrukci k zapisování si počtu záměrného sebepoškození, pokud k němu dojde.

Následně se budou účastníci experimentu řídit instrukcemi. Při myšlenkách a nutkáních k záměrnému sebepoškození se skupiny 1, 2 a 3 nejdříve pokusí tyto myšlenky zvládnout za pomoci zadané kategorie strategií zvládnání záměrného sebepoškozování. Během celého průběhu experimentu budou účastníci zapisovat počet sebepoškození. Kontrolní skupina bude pouze zapisovat počet sebepoškození do zápisníku.

Po ukončení experimentu každý účastník vyplní znovu dotazník OSI, který bude sloužit jako posttest. Pro ověřování hypotéz budou srovnána data z pretestu a posttestu. Pro ověření alternativní hypotézy 12 budou využita data ze zápisu jednotlivých sebepoškození účastníků.

2.2 Metody získávání dat

Vzhledem k tomu, že bude v navrhovaném výzkumu využito více metod, každá v této kapitole bude popsána samostatně.

Ottawa Self-Injury Inventory (OSI)

Ottawa Self-Injury Inventory (přiložen v příloze) je dotazník zaměřující se na problematiku záměrného sebepoškození. Jde o dotazník měřící funkce, výskyt a způsoby záměrného sebepoškození u sebepoškozujících se jedinců (Nixon & Cloutier, 2005 podle Davis & Lewis, 2018). Obsahuje 26 otázek, z nichž některé jsou otevřené s možností stručné odpovědi či zaškrtnutí políček, některé uzavřené s možností odpovědi na pětistupňové škále, nebo ano-ne (Nixon & Cloutier, 2005). Součástí dotazníku jsou čtyři faktory funkce záměrného sebepoškození — vnitřní emoční regulace, sociální vliv, vnější emoční regulace a sensation seeking — a jeden samostatný faktor závislostní vlastnosti záměrného sebepoškození (Nixon et al., 2015).

Dotazník nemá v českém prostředí normy, proto je nutné před zahájením výzkumu provést pilotní fázi, ve které budou normy vytvořeny a dotazník bude psychometricky zpracován.

Dotazník pro zjišťování příslušnosti strategií k jednotlivým kategoriím

Tento dotazník bude vytvořen pro navrhovaný výzkum. Odborníci, jimiž bude dotazník vyplňován, budou rozřazovat jednotlivé strategie do tabulky kategorií. Budou zde dvě kategorie — strategie zaměřené na problém a vyhýbavé strategie. Kategorie budou v dotazníku samostatně vysvětleny, aby nedošlo k nepochopení, nebo nedorozumění. Návrh tohoto dotazníku je součástí příloh.

Zápisník sebepoškození

Jde o zápisník nebo sešit určený pouze k zapisování sebepoškození se. S každým účastníkem bude pevně domluveno, kde zápisník bude mít, aby ho neztratil. Vždy večer si zapíše, zda si ublížil a kolikrát. Bude zde tedy uvedeno datum, jestli se účastník sebepoškodil a kolikrát se to daný den stalo.

2.3 Metody zpracování a analýzy dat

Zpracování dat bude probíhat ve statistickém programu JASP, případně v programu Jamovi.

Jako první bude třeba za pomoci psychometrických metod standardizovat český překlad OSI. K tomu bude využito konfirmační faktorové analýzy.

Data z dotazníku příslušnosti strategií k jednotlivým kategoriím budou zpracovávána v konvenční tabulce četností. Přičemž ve sloupci budou dané strategie a v řádku četnost výskytu strategie v dané kategorii. Následně budou analyzována data, kdy se může samozřejmě stát, že některé strategie budou zařazovány do obou kategorií. Potom se srovná četnost výskytu této strategie v jednotlivých kategoriích a strategie bude zařazena do kategorie s nejvyšší četností této dané

strategie. Pokud nastane rovnost četností dané strategie v obou skupinách, bude zařazena do obou skupin.

Hypotézy budou testovány na hladině významnosti $\alpha = 0,01$. Bude testována nulová hypotéza. Hypotézy formulované na základě dat získaných z OSI budou ověřovány pomocí párového t-testu. Hypotéza H_{A12} bude ověřována pomocí lineární regrese.

2.4 Etika výzkumu

Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi citlivé téma výzkumu — jde o získávání dat od adolescentů, a navíc jde o experiment — je etická stránka návrhu výzkumného projektu jeho důležitou součástí.

Pro ošetření citlivosti tématu budou položky v dotazníku OSI formulovány nenásilně. Co se týče nezletilého věku účastníků výzkumu, pro účast na výzkumu bude třeba podepsaný informovaný souhlas rodičů i účastníků, v němž bude uvedena informace o možnosti odstoupení kdykoliv v průběhu experimentu. Bez souhlasu rodičů nebude možné se výzkumu účastnit. Informovaný souhlas bude formulován citlivě, aby neodradil rodiče, ani potenciální probandy od účasti v experimentu. Návrhy informovaných souhlasů je součástí příloh.

Dalším důležitým parametrem výzkumného projektu je neublížit. V dotazníku OSI proto místo pojmu sebepoškozování využíváno sousloví ubližování si, aby nedocházelo k nechtěnému návodnému jednání. Také bude dodržováno pravidlo anonymity, přičemž každému účastníkovi bude přiděleno identifikační číslo, kterým se bude v průběhu experimentu podepisovat na dotazníky a kterým bude mít podepsaný zápisník sebepoškozování. Zároveň při instruktáži bude dosaženo anonymity mezi účastníky tím, že vždy bude prováděna pouze pro jednotlivce. S tím souvisí také neúčast kontrolní skupiny na úvodní instruktáži. Protože ve výzkumu předpokládáme, že vybrané strategie zvládání záměrného sebepoškozování mají pro účastníky přínos, bude tato instruktáž provedena pro kontrolní skupinu po ukončení výzkumu. Princip dobrovolnosti je splněn možností kdykoliv od účasti na výzkumu odstoupit.

3. Výzkumný soubor

Vzhledem k tomu, že navrhovaný výzkumný projekt prochází fázemi, ve kterých jsou tři různé výzkumné soubory, každý výzkumný soubor zde bude popsán zvlášť.

Výzkumný soubor pro pilotní fázi výzkumu

V pilotní fázi výzkumu budou sbírána data pro standardizaci dotazníku OSI. Předpokladem je, že přeložený dotazník bude vyplněn také účastníky, kteří se ve svém životě nesebepoškozovali. Data z dotazníků vyplněných těmito jedinci ale nebudou do standardizace dotazníku zahrnuty. Proto bude výsledný výzkumný soubor o velikosti alespoň 200 účastníků, kteří se ve svém životě alespoň jednou sebezpoškodili, aby byla data relevantní. V této charakteristice vycházím ze studie, která se věnovala ověření OSI na vzorku 169 účastníků (Martin et al., 2013), kteří se dříve sebezpoškozovali a z výzkumu Nixon et al (2015), která ověřovala validitu a reliabilitu OSI na klinické populaci, kde počet účastníků, kteří vyplnili dotazník a ve svém životě se alespoň jednou záměrně sebezpoškodili, byl 220 účastníků.

Výzkumný soubor pro fázi kategorizace zkoumaných strategií

Stěžejními charakteristikami výzkumného souboru pro kategorizaci zkoumaných strategií by měla být pro odborníky v praxi atestace z klinické psychologie, věnování se primárně dětské a adolescentní psychologii, případně konkrétně problematice záměrného sebezpoškozování. Pokud jde o odborníky ve výzkumu, pro ty je stěžejní charakteristikou věnování se výzkumu tematicky zaměřeném na záměrné sebezpoškozování. Počet účastníků této fáze výzkumu by měl být alespoň 100 účastníků.

Výzkumný soubor pro experimentální fázi

Velikost výzkumného souboru by měla být alespoň 80 účastníků, aby je bylo možné rovnoměrně rozdělit do jednotlivých skupin, přičemž v každé skupině by měl být stejný počet účastníků.

Účastníci budou do experimentu vybíráni z neklinické populace záměrně se sebezpoškozujících na základě následujících kritérií: věk, přítomnost záměrného sebezpoškozování. Vzhledem k tomu, že se jedná o návrh výzkumu, který bude vykonáván na adolescentech, bude věk odpovídat věku adolescence, tedy v tomto případě 13 - 18 let. Kritérium přítomnosti záměrného sebezpoškozování je třeba z důvodu testování účinnosti strategií zvládnání záměrného sebezpoškozování.

Populace, ze které jsou účastníci vybíráni, je neklinická, s přítomností záměrného sebepoškozování bez dalších diagnóz.

4. Diskuse

Navrhovaný projekt předpokládá redukci záměrného sebepoškození při využívání strategií zvládnání záměrného sebepoškození. Tento předpoklad je v souladu s výsledky studií zaměřujících se na výzkum snižování záměrného sebepoškození (Davies et al., 2020; Fitzpatrick et al., 2020; Turner et al., 2018).

Výsledky výzkumu Turner et al. (2018) uváděly, že strategie zaměřené na problém byly spojené s pravděpodobnějším odoláním záměrnému sebepoškození než vyhýbavé strategie. V konzistenci s tímto výzkumem předpokládám podobné výsledky i v navrhovaném výzkumu. Podobně jako ve studii Wadmana et al. (2015) se domnívám, že některé strategie nebudou účinné, přestože v jeho výzkumu bylo využito subjektivního vnímání účinnosti daných strategií participanty a v našem navrhovaném výzkumu je k účinnosti využíváno definice účinnosti jako využití strategie, která vede k tomu, že si jedinec záměrně neublíží.

Navrhovaný výzkumný projekt má několik limitů. V první řadě je to velikost výzkumného souboru. Pro převedení výsledků experimentu na českou populaci je výzkumný soubor malý. Dále je zde riziko rozhodnutí účastníků o další neúčasti na výzkumu. Také je možné, že se účastníci nebudou řídit instrukcemi, nebo nebudou využívat zadané strategie. Toto by bylo možné ošetřit v hlídaném prostředí (např. kliniky, nebo psychiatrického oddělení). Tento způsob ošetření se mi zdá ale silně neetický, protože by nebyl dodržen princip svobodné vůle. Domnívám se, že motivovat participanty k dodržování domluvených podmínek a využívání zadaných strategií by bylo možné při úvodním zadávání instrukcí nenásilnou motivací. S tímto rizikem souvisí také možnost, že účastníci nebudou zapisovat do zápisníku. Úskalím, které v navrhovaném výzkumu také spatřuji, je personální náročnost. Pro hledání participantů, sběr dat, zadávání instrukcí a analýzu dat by bylo třeba dalších minimálně pět výzkumných pracovníků, kteří by mohli být z řad studentů psychologie, přičemž by jim mohly být zapsány hodiny strávené spoluprací na tomto výzkumu do příslušného předmětu (Účast na výzkumu). Dalším rizikem tohoto výzkumu je jeho časová náročnost. Bohužel tento faktor nelze ošetřit, protože je zde nutný časový odstup, aby bylo možné nasbírat relevantní data. Předkládaný návrh výzkumného projektu může být také ještě lépe zhotoven za pomoci mobilní aplikace, která by obsahovala Zápisník sebepoškození. Zjednodušilo by se tím zpracování dat a z tohoto důvodu by se snížila i personální náročnost. Aby byla podpořena etika celého výzkumného projektu, pro každou část výzkumu bude vytvořen zvlášť informovaný souhlas.

Rizikem navrhovaného výzkumného projektu je potenciál výskytu Hawthornského efektu. Z etického hlediska nelze tento efekt ošetřit, protože by v takovém případě muselo dojít

k neinformování účastníků do určité míry. Vyskytuje se zde také možnost, že výsledky vzniknou na základě nežádoucí proměnné, která se vyskytne u jedinců v průběhu experimentu. Tuto možnost lze ošetřit pouze částečně tím, že v jednotlivých skupinách budou vstupní požadavky co nejpodobnější. Pokud nastane situace, která vstoupí jako nežádoucí proměnná v průběhu experimentu, z pozice výzkumníka není možné takové situaci zabránit. Avšak je možné tuto skutečnost sdělit v zápisníku, do kterého účastníci budou zapisovat svá sebepoškození.

Výsledky pilotní části, ve které je standardizována metoda OSI, by mohly dále být využity v dalších výzkumech. Data a výsledky navrhovaného výzkumného projektu by bylo možné dle mého mínění využít především v praxi. Strategie (respektive skupiny strategií), které budou ověřeny jako účinné bude možné doporučovat organizacemi, jako je například Linka bezpečí, nebo aplikací Nepanikař. Dále tyto strategie budou moci sloužit rodičům sebepoškozujících se jedinců, jejich blízkým i sebepoškozujícím se jedincům při snaze o zvládnání záměrného sebepoškozování. Výsledky navrhovaného výzkumu mohou pomoci také odborníkům, kteří pracují s adolescenty a sebepoškozujícími se jedinci. Data a výsledky výzkumu by bylo možné využít také při směřování dalšího výzkumu. Výsledky výzkumu mohou být zaslány odborníkům účastnícím se první fáze výzkumu.

Dalším směřováním výzkumů na téma strategií zvládnání záměrného sebepoškozování by mohlo být ověřování již zjištěných dat v kvalitativních studiích. Dále považuji za důležité mapování strategií zvládnání záměrného sebepoškozování, jež jsou využívány lidmi, kteří se v minulosti sebepoškozovali. Mohou přispět takovými strategiemi, které se zvládnutím záměrného sebepoškozování u nich měly souvislost. Jako důležitou oblast výzkumu vnímám zvládnání záměrného sebepoškozování u jedinců s další diagnózou. Domnívám se, že by tento směr mohl být prospěšný z několika důvodů. Za prvé, účinné strategie zvládnání záměrného sebepoškozování u neklinické populace nemusí odpovídat strategiím, které jsou účinné pro klinickou populaci s komorbidní diagnózou. Za druhé, u klinické populace je přítomna péče odborníků (např. terapie), která má na zvládnání záměrného sebepoškozování také vliv. Další oblastí, která by mohla navázat na výsledky navrhovaného výzkumu by mohlo být zaměření se na jiné věkové kategorie a ověření účinnosti strategií zvládnání záměrného sebepoškozování u nich, zda se liší, nebo odpovídají účinným strategiím zvládnání záměrného sebepoškozování u adolescentů.

Závěr

Cílem bakalářské práce byl popis, porozumění a zasazení do souvislosti záměrného sebepoškozování s dalšími fenomény, které se s ním pojí. Tato práce si dále kladla za cíl shrnout účinné strategie zvládání záměrného sebepoškozování, které jsou již vědecky ověřené, i ty, které zatím ověřené nebyly. Následně byl navržen výzkum, který by dle mého mínění neověřené strategie mohl verifikovat jako účinné.

První kapitola se zaměřovala na vymezení pojmu záměrného sebepoškozování, zasazení do kontextu s dalšími souvisejícími pojmy a na diagnostiku záměrného sebepoškozování. Pro tuto kapitulu bylo náročné zorientovat se v jednotlivých přístupech, v rozdílech vnímání záměrného sebepoškozování v historii a mezi přístupy v České republice a zahraničím. Ohledně diagnostiky záměrného sebepoškozování nebylo složité najít relevantní studie k danému tématu, ale bylo náročné vybrat z nich relevantní výstupy a shrnout je tak, aby dohromady byly ucelené a předávaly informace srozumitelně.

Druhá kapitola byla zaměřena na okolnosti záměrného sebepoškozování z více úhlů pohledu – rizikových faktorů, charakteristik období záměrného sebepoškozování, způsobů záměrného sebepoškozování a průběhu aktu sebepoškození. Tuto kapitulu považuji za klíčovou pro léčbu a zvládání záměrného sebepoškozování, protože v ní jsou obsaženy informace zaměřující se na kontext vzniku a průběhu záměrného sebepoškozování. Zároveň jsou v této kapitole obsaženy podstatné informace pro pochopení jedince, který se sebepoškozuje. Dále jsou v této kapitole obsaženy funkce a motivace k záměrnému sebepoškozování. Pokládala jsem si otázku, jaké jsou důvody pro to, aby se jedinec nadále sebepoškozoval. Na tuto otázku jsem se pokusila odpovědět aktuálními modely funkcí záměrného sebepoškozování, které považuji za relevantní. Snažila jsem se na tuto otázku odpovědět také vysvětlením možnosti, že je záměrné sebepoškozování potenciálně adiktivním chováním. Tato oblast však zatím není příliš probádaná, proto není příliš obsáhlá. Domnívám se, že i tímto směrem by mohl výzkum s tematikou záměrného sebepoškozování mířit.

Poslední kapitola literárně přehledové části se snaží naplnit cíl zmapování existujících výzkumů na tematiku účinných strategií záměrného sebepoškozování. Přestože jsou výzkumné studie aktuální, na toto téma jich mnoho prozatím neexistuje. Proto bych dále doporučovala výzkumné směřování touto cestou. Oproti tématům v předchozích kapitolách je totiž problematika zvládání záměrného sebepoškozování výrazně méně prostudovaná a relevantních výzkumů mnoho není. Překvapivým zjištěním pro mě bylo, že některé instituce a organizace doporučují na svých webových

stránkách strategie, jejichž účinnost není ověřená. Proto jsem se při návrhu výzkumného projektu zaměřila právě na tyto strategie.

Praktická část této práce se zaměřuje na navržení výzkumného projektu, který by ověřoval účinnost některých strategií uvedených v literárně přehledové části. Výzkumný design jsem se snažila co nejlépe přizpůsobit realitě jedinců záměrného sebepoškozování, jeho okolnostem a faktorům, které s ním souvisí. Předkládaný výzkum by mohl svými výsledky přispět na poli psychologické praxe, v níž by se rozšířil repertoár strategií, které mohou odborníci v praxi navrhovat záměrně se sebepoškozujícím jedincům.

Závěrem bych ráda zmínila, že si myslím, že je důležité se tématem záměrného sebepoškozování zabývat vzhledem k jeho závažnosti. Další směřování vnímám především v prevenci a informovanosti společnosti o tomto tématu a jeho detabuizaci.

Seznam použité literatury

Adolescent Self-Injury Foundation. (n.d.). *146 things to do besides self harm*.
<https://www.adolescentselfinjuryfoundation.com/things-to-do-besides-self-harm>

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

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.
10.1097/NMD.0000000000000243

Babáková, L. (2003). Sebeпоškočování v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi*. 4, 165-169.
Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/04/05.pdf>

Blasco-Fontecilla, H., Fernández-Fernández, R., Colino, L., Fajardo, L., Peterguer-Barrio, R., de Leon, J. (2016). The Addictive Model of Self-Harming (Non-suicidal and Suicidal) Behavior. *Frontiers in Psychiatry*, 7(8). Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2016.00008/full>

Bout, A., Kettani, N., Berhili, N., Aarab, C., Rammouz, I., & Aalouane, R. (2020, November). Les conduites d'automutilation non suicidaires dans une population recrutée pendant une hospitalisation en psychiatrie: À propos de 100 patients. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson. Dostupné z: 10.1016/j.amp.2020.10.010

Buelens, T., Luyckx, K., Kiekens, G., Gandhi, A., Muehlenkamp, J.J., Claes, L. (2020). Investigating the DSM-5 criteria for non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adolescents. *Journal of affective disorders*, 260, 314-322. Dostupné z: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S016503271931050X?token=C35CAA2AAA60E45AF4FA769A663FACC141DC2BCA5B9902FC378BEE048DDF2687A75B82278248287230679C8D347704FD&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210411100442#go_to_%22mk:H1_13%22

Buser, T. J., Buser, J. K. (2013). Conceptualizing nonsuicidal self-injury as a process addiction: review of research and implications for counselor training and practice. *Journal of Addictions & Offender Counselling*. 34(1), 16+. Dostupné z: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA327814015&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&l inkaccess=abs&issn=10553835&p=AONE&sw=w>

- Davies, J., Pitman, A., Bamber, V., Billings, J., Rowe, S. (2020). Young Peoples' Perspectives on the Role of Harm Reduction Techniques in the Management of Their Self-Harm: A Qualitative Study. *Achieves of Suicide Research*. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13811118.2020.1823916>
- Davis, S., & Lewis, C. A. (2018). Re: The Ottawa Self-injury inventory version 3.1: Suggestions for revision to the addictive features section. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16, 711-713. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-017-9831-2>
- Démuthová, S., Démuth, A. (2019). The specificities of the motivation for self-harm in adolescents. *ASNet International Multidisciplinary Academic Conference*. 130-138. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/346498374_THE_SPECIFICITIES_OF_THE_MOTIVATION_FOR_SELF-HARM_IN_ADOLESCENTS
- Favazza, A. (2012). Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*, 11(3), 21-25. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/267561838_Nonsuicidal_self-injury_How_categorization_guides_treatment
- Fitzgerald, J., Curtis, C. (2017). Non-suicidal self-injury in a New Zealand student population: Demographic and self-harm characteristics. *New Zealand Journal of Psychology*, 46(3), 156-163. Dostupné z: <https://researchcommons.waikato.ac.nz/bitstream/handle/10289/12652/Fitzgerald%20Curtis%20%202017%29%20NSSI%20Among%20Students%20in%20New%20Zealand.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Fitzpatrick, S., Kranzler, A., Fehling, K., Lindqvist, J., Selby, E. A. (2020). Investigating the role of the intensity and duration of self-injury thoughts in self-injury with ecological momentary assessment. *Psychiatry Research*, 284. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178119314234>
- Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., & Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical psychology review*, 42, 156-167. Dostupné z: 10.1016/j.cpr.2015.09.002
- Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2009). *Freedom from self-harm*. New Harbinger Publications.

Gratz, K.L., Dixon-Gordon, K.L., Chapman, A.L., Tull, M.T. (2015). Diagnosis and Characterization of DSM-5 Nonsuicidal Self-Injury Disorder Using the Clinician-Administered Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index. *Assessment*, 22(5), 527-539. Dostupné z: 10.1177/1073191114565878

Guérin-Marion, C., Martin, J., Deneault, A., Lafontaine, M., Bureau, J. (2018). The functions and addictive features of non-suicidal self-injury: A confirmatory factor analysis of the Ottawa self-injury inventory in a university sample. *Psychiatry Research*. 264, 316-321. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178117315585?casa_token=EBdTyS9KpZoAAAAA:bQIlwlEdrZeNe-S26wC3PyUorGWVg9ur8RfaBzCTFflga1V8sMtA2f4MB3RX4XjhWj9W1NDSkRo

Hankin, B. L., Abela, J. R. Z. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 1/2 year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 186(1), 65-70. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178110004919>

Hasking, P., Whitlock, J., Voon, D., Rose, A. (2017). A cognitive-emotional model of NSSI: using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cognition and Emotion*. 31(8), 1543-1556. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02699931.2016.1241219>

Health direct. (2021) *Self-Harm*. <https://www.healthdirect.gov.au/self-harm#warning>

Hepp, J., Carpenter, R. W., Störkel, L. M., Schmitz, S. E., Schamhl, Ch., Niedtfeld, I. (2020). A systematic review of daily life studies on non-suicidal self-injury based on the four-function model. *Clinical Psychology Review*. 82, 1-21. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735820300763#s0005>

Hooley, J. M., Franklin, J. C. (2018). Why do people hurt themselves? A New Conceptual Model of Nonsuicidal Self-injury. *Clinical Psychological Science*, 6(3), 1-24. Dostupné z: [https://static1.squarespace.com/static/54de6056e4b0409b0654ceb4/t/5a4cdfc3e2c483daf9c98d50/1514987460576/Hooley+&+Franklin,+2018+\(NSSI+Theory\).pdf](https://static1.squarespace.com/static/54de6056e4b0409b0654ceb4/t/5a4cdfc3e2c483daf9c98d50/1514987460576/Hooley+&+Franklin,+2018+(NSSI+Theory).pdf)

Klonsky, E. D. & Glenn, C. R. (2008). Resisting Urges to Self-Injure. *Cognitive Behavioral Psychotherapy*. 36(2), 211-220. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5841247/>

Klonsky, E. D., Victor, S. E., Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: What we know and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565-568. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244874/>

Kocourková, J., & Koutek, J. (2003). *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Portál.

Kocourková, J., Koutek, J. (2008). Sebepoškozování v praxi - narůstající problém? *Československá psychologie*, 52(6), 609-614. Dostupné z: <https://kramerius.lib.cas.cz/view/uuid:edb1af4f-39c1-43ce-a094-daae72fd2872?page=uuid:cfbe99a2-9698-4786-8f6e-f4f0a775671e>

Kocourková, J., & Koutek, J. (2014). Suicidální chování a sebepoškozování u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 15(2), 55-57. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/02/02.pdf>

Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the „Whats“ and „Whys“ of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*. 34, 447-457. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%252Fs10964-005-7262-z>

Lečbych, M. (2015, 18. září). *Nejčastější formy sebepoškozování v klinické praxi*. <http://psychologie.lecbych.cz/index.php/2015/09/18/nejcastejsi-formy-sebeposkozovani-v-klinicke-praxi/>

Lengel, G. J., Mullins-Sweatt, S. N. (2013). Nonsuicidal self-injury disorder: Clinical and expert ratings. *Psychiatry Research*, 210(3), 940-944. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.047>

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, E., Fekete, S., van Heeringen, K., De Leo, D., Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677. 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x

Martin, J., Cloutier, P. F., Levesque, C., Bureau, J. F., Lafontaine, M. F., Nixon, M. K. (2013). Psychometric properties of the functions and addictive features scales of the Ottawa self-injury inventory: A preliminary investigation using a university sample. *Psychological Assessment*. 25(3), 1013-1018. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-017-9831-2>

Muehlenkamp, J. J., Xhunga, N., & Brausch, A. M. (2018). Self-injury age of onset: A risk factor for NSSI severity and suicidal behavior. *Archives of suicide research*. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486252>

Myklestad, I., & Straiton, M. (2021). The relationship between self-harm and bullying behaviour: results from a population based study of adolescents. *BMC public health*, 21(1), 1-15. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10555-9>

Nepanikař. (n.d.) *Sebepoškozování*. <https://nepanikar.eu/sebeposkozovani/>

Nixon, M. K., Cloutier, P. F. (2005). Ottawa Self-Injury Inventory (verze 3.1) [dotazník]. <https://insync-group.ca/wp-content/uploads/publications/OSI-2015-English-v3.1.pdf>

Nixon, M. K., Levesque, C., Preyde, M., Vanderkooy, J., Cloutier, P. F. (2015). The Ottawa self-injury inventory: Evaluation of an assessment measure of nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 26(9).

Patchin, J. W., Hinduja, S. (2017). Digital Self-Harm Among Adolescents. *Journal of Adolescents Health*, 61(6), 761-766. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.012>

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

Royal College of Psychiatrists. (2020, Červenec 29). *Self harm*. Royal College of Psychiatrists. <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/self-harm>

Rodríguez-Blanco, L., Carballo, J. J., Baca-García, E. (2018). Use of Ecological Momentary Assessment (EMA) in Non-Suicidal Self-Injury (NSSI): A systematic review. *Psychiatry Research*, 263, 212-219. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178117312210?casa_token=YOIVnCbyjAgAAAAA:8FnI0pa2RbuRiCdRA10-3YXZtvuHclSHGbjE1qhVAAD8OFefS7eVcruZLN3XmoCdT8Crl_r#bib51

Ryšánková, M. (2008). Proč se dospívající sebepoškozují? *Pediatric pro praxi*, 9(6), 383-387. <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/06/07.pdf>

Říčan, P., Krejčířová & kol. (2006). *Dětská klinická psychologie* (4. ed.). Grada.

Selekman, M. D. (2009). Helping Self-Harming Students. *Health and learning*. 67(4), 48-53. Dostupné z:

http://www.ascd.org/publications/educational_leadership/dec09/vol67/num04/Helping_Self-Harming_Students.aspx

Tang, J., Li, G., Chen, B., Huang, Z., Zhang, Y., Chang, H., ... & Yu, Y. (2018). Prevalence of and risk factors for non-suicidal self-injury in rural China: results from a nationwide survey in China. *Journal of affective disorders*, 226, 188-195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.051>

Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., Martin, G. (2014). Longitudinal Analysis of Adolescent NSSI: The Role of Intrapersonal and Interpersonal Factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 885-896. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10802-013-9837-6>

Turner, B. J., Baglioni, J. S., Chapman, A. L., Gratz, K. L. (2018). Experiencing and resisting nonsuicidal self-injury thoughts and urges in everyday life. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1332-1346. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/sltb.12510?saml_referrer

Vágnerová, M. (1999). *Vývojová psychologie*. Portál.

Victor, S. E., Glenn, K. 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 Research*, 197(1-2), 73-77. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178111007955?casa_token=MA0-8fB05D8AAAAA:FT3Gej7ANAmRVAAe6JIQzoklXzYRNPZjLyIIumL5469HzBT3KQXHtuwUK4QnOkHmtguRJtHRA8

Wadman, R., Nielsen, E., O’Raw, L., Brown, K., Williams, A. J., Sayal, K., Townsend, E. (2015). “*These things don’t work.*” Young people’s views on harm minimization strategies as a proxy for self-harm: a mixed methods approach. *Archives of Suicide Research*, 24(3), 384-401. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13811118.2019.1624669>

Washburn, J. J., Potthoff, L. M., Juzwin, K. R., Styer, D. M. (2015). Assessing DSM-5 Nonsuicidal self-injury Disorder in a Clinical Sample. *Psychological Assessment*, 27(1), 31-41. https://doi.apa.org/fulltext/2014-40800-001.pdf?auth_token=c264e50d46c62288f1db44d0c5361d891d8faf09&returnUrl=https%3A%2F%2Fdoi.apa.org%2FdoiLanding%3Fdoi%3D10.1037%252Fpas0000021

Whitlock, J., & Selekman, M. D. (8). Nonsuicidal Self-Injury Across (Vol. 133). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. 10.1093/oxfordhb/9780195388565.013.0010

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11 th ed.). <https://icd.who.int/>

Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(31). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>

Seznam zkratk

APA	American Psychological Association
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Revision
ICD-11	<i>International Classification of Diseases 11th</i> Revision
JASP	Jeffreys's Amazing Statistics Program
NSSID	Non-suicidal Self-injury Disorder
PPP	Poruchy příjmu potravy

Příloha 1.

Informovaný souhlas pro účastníky pilotní studie

Dobrý den,

Jmenuji se Veronika Hanzalová a mockrát Vám děkuji za Vaši ochotu účastnit se výzkumu záměrného sebepoškozování. V této části studie jde o standardizaci překladu testu Ottawa self-injury inventory do češtiny, aby se mohl nadále používat v českém prostředí.

Jde tedy o test, sledující výskyt záměrného sebepoškozování, jeho funkce a motivace k němu. Jedná se o ožehavé a velmi citlivé téma a proto je pochopitelné, pokud se v průběhu vyplňování testu rozhodnete dále nepokračovat. Jestliže se stane, že kdykoliv v průběhu vyplňování dotazníku dospějete k rozhodnutí, že nechcete nadále pokračovat, můžete vyplňování dotazníku ukončit a odstoupit z účasti.

Data z dotazníku jsou anonymní.

Já,(jméno a příjmení) tímto souhlasím s účastí na výzkumu sloužícímu ke standardizaci metody OSI.

Datum

Podpis

Příloha 2.

Informovaný souhlas pro odborníky účastníci se výzkumu kategorizace vybraných strategií záměrného sebepoškozování

Dobrý den,

Jmenuji se Veronika Hanzalová a mockrát Vám děkuji za Vaši ochotu účastnit se výzkumu záměrného sebepoškozování. V této části studie jde o kategorizaci vybraných strategií zvládání záměrného sebepoškozování. Všechna data jsou anonymní.

Já,(jméno a příjmení) tímto souhlasím s účastí na výzkumu sloužícímu ke kategorizaci strategií zvládání záměrného sebepoškozování.

Datum

Podpis

Příloha 3.

Informovaný souhlas pro rodiče účastníků experimentu

Dobrý den,

Jmenuji se Veronika Hanzalová a mockrát Vám děkuji za ochotu účastnit se experimentu.

Experiment se zaměřuje na zvládání záměrného sebepoškozování. Vzhledem k citlivosti tématu jsou všechna data anonymizována. Účast na experimentu je dobrovolná. Kdykoliv v průběhu výzkumu je možné z něj odstoupit.

Tímto souhlasím s účastí své dcery/svého syna(jméno a příjmení) na výzkumu zvládání záměrného sebepoškozování.

Datum

Podpis

Příloha 4.

Informovaný souhlas pro účastníky experimentu

Dobrý den,

Jmenuji se Veronika Hanzalová a mockrát Vám děkuji za ochotu účastnit se experimentu.

Experiment se zaměřuje na zvládání záměrného sebepoškozování. Vzhledem k citlivosti tématu jsou všechna data anonymizována. Účast na experimentu je dobrovolná. Kdykoliv v průběhu výzkumu je možné z něj odstoupit.

Já,(jméno a příjmení) tímto souhlasím s účastí na výzkumu zvládání záměrného sebepoškozování.

Datum

Podpis

Příloha 5.



OTTAWA SELF-INJURY INVENTORY

OSI v3.1 English

Name: _____ Sex: Male Female

Today's Date: ___ DD ___ MM ___ YY Date of Birth: ___ DD ___ MM ___ YY Age: ___

1. **How often in the past month have you:**
circle "0" if not at all and circle "3" if daily

	not at all	at least once	weekly	daily
Thought about injuring yourself without the intention to kill yourself?	0	1	2	3
Actually injured yourself, without the intention to kill yourself?	0	1	2	3

2. **How often in the past 6 months have you:**
circle "0" if not at all and circle "4" if daily

	not at all	1 to 5 times	monthly	weekly	daily
Thought about injuring yourself without the intention to kill yourself?	0	1	2	3	4
Actually injured yourself, without the intention to kill yourself?	0	1	2	3	4

3. **How often in the past year have you:**
circle "0" if not at all and circle "4" if daily

	not at all	1 to 5 times	monthly	weekly	daily
Thought about taking your life (killing yourself)?	0	1	2	3	4

4. **Have you ever made an actual attempt to take your life?** no yes

If yes, then please indicate the number of times:

in the past month: ___ in the past 6 months: ___ in the past year: ___ prior to one year ago: ___

5. **Have you ever been treated by a doctor after injuring yourself on purpose? (e.g., stitches, wound dressings, etc.)**

no yes

If yes, how often did a doctor treat you in the past year for hurting yourself on purpose? _____ time(s)

6. **Have you been kept in hospital because of hurting yourself on purpose?**

no yes

If yes, how many times in the past year did you stay overnight in emergency? _____

If yes, how many times in the past year did you get admitted to a hospital unit? _____

Mary Kay Nixon, M.D. & Paula Cloutier, M.A.
Copyright 2005

Researchers and clinicians working in non-profit or publicly owned settings (including universities, non-profit hospitals, and government institutions) may make single copies of the OSI instrument for their own clinical and research use.



OTTAWA SELF-INJURY INVENTORY

OSI v3.1 English

Name: _____ Sex: Male Female

Today's Date: ___ DD ___ MM ___ YY Date of Birth: ___ DD ___ MM ___ YY Age: ___

1. **How often in the past month have you:**
circle "0" if not at all and circle "3" if daily

	not at all	at least once	weekly	daily
Thought about injuring yourself without the intention to kill yourself?	0	1	2	3
Actually injured yourself, without the intention to kill yourself?	0	1	2	3

2. **How often in the past 6 months have you:**
circle "0" if not at all and circle "4" if daily

	not at all	1 to 5 times	monthly	weekly	daily
Thought about injuring yourself without the intention to kill yourself?	0	1	2	3	4
Actually injured yourself, without the intention to kill yourself?	0	1	2	3	4

3. **How often in the past year have you:**
circle "0" if not at all and circle "4" if daily

	not at all	1 to 5 times	monthly	weekly	daily
Thought about taking your life (killing yourself)?	0	1	2	3	4

4. **Have you ever made an actual attempt to take your life?** no yes

If yes, then please indicate the number of times:

in the past month: ___ in the past 6 months: ___ in the past year: ___ prior to one year ago: ___

5. **Have you ever been treated by a doctor after injuring yourself on purpose? (e.g., stitches, wound dressings, etc.)** no yes

If yes, how often did a doctor treat you in the past year for hurting yourself on purpose? _____ time(s)

6. **Have you been kept in hospital because of hurting yourself on purpose?** no yes

If yes, how many times in the past year did you stay overnight in emergency? _____

If yes, how many times in the past year did you get admitted to a hospital unit? _____

Mary Kay Nixon, M.D. & Paula Cloutier, M.A.
Copyright 2005

Researchers and clinicians working in non-profit or publicly owned settings (including universities, non-profit hospitals, and government institutions) may make single copies of the OSI instrument for their own clinical and research use.

7. If you indicated that you had thought about or actually injured yourself in questions 1-4:
 How old were you when you started to self-injure? _____ (years old)

8. The first time you hurt yourself, where did you get the idea? (please only one)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> I read about it on an internet website | <input type="checkbox"/> I heard about it from other people in a non-hospital setting |
| <input type="checkbox"/> I read about it on a Web Blog | <input type="checkbox"/> I heard about it from other people in a hospital setting |
| <input type="checkbox"/> I read about it in a book or magazine | <input type="checkbox"/> I saw other people do it in a hospital setting |
| <input type="checkbox"/> I saw it happen in a movie or on television | <input type="checkbox"/> It was my own idea |
| <input type="checkbox"/> I saw other people do it in a non-hospital setting | <input type="checkbox"/> Other (please list) _____ |

9. When you get the urge to hurt yourself:

	Not at all	1	somewhat	2	3	extremely	4
<i>circle "0" if not at all and circle "4" if extremely</i>							
The urge is distressing / upsetting	0	1	2	3	4		
The urge is comforting	0	1	2	3	4		
The urge is intrusive / invasive	0	1	2	3	4		

10. Do you only harm yourself after taking drugs or alcohol? no yes

11. Do you let other people know that you harm yourself?

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> no one | who do you tell?
→ | <input type="checkbox"/> friend(s) | <input type="checkbox"/> family member(s) |
| <input type="checkbox"/> some people | | <input type="checkbox"/> psychologist/psychiatrist | <input type="checkbox"/> family doctor |
| <input type="checkbox"/> most people | | <input type="checkbox"/> other Mental Health Professional | <input type="checkbox"/> school counsellor |
| | | <input type="checkbox"/> telephone helpline | <input type="checkbox"/> other (specify) |

12. a) **What areas of your body did/do you injure?**

Please (✓) all that apply

	WHEN YOU FIRST STARTED	CURRENTLY (past month if still self-injuring)
Scalp		
Eye(s)		
Ear(s)		
Face		
Nose		
Lips		
Inside of mouth		
Neck/throat		
Chest		
Breast(s)		
Back		
Shoulder(s)		
Abdomen		
Hips/buttock(s)		
Genitals		
Rectum		
Upper arm/elbow		
Lower arm/wrist		
Hand/fingers		
Thigh/knee		
Lower leg/ankle		
Foot/toes		
Other (specify):		

b) *Above, please circle the part that you currently injure the most*

13. a) **How did/do you injure yourself (without meaning to kill yourself)?**

Please (✓) all that apply

	WHEN YOU FIRST STARTED	CURRENTLY (past month if still self-injuring)
Cutting		
Scratching		
Interfering with wound healing		
Burning		
Biting		
Hitting		
Hair pulling		
Severe nail biting and/or nail injuries		
Piercing skin with sharp pointy objects		
Piercing of body parts		
Excessive use of street drugs		
Excessive use of alcohol		
Trying to break bones		
Headbanging		
Taking too much medication		
Taking too little medication		
Eating or drinking things that are not food		
Other (specify):		

b) *Above, please circle the method that you currently use the most*

14.

Why do you think you started and if you continue, why do you still self-injure (without meaning to kill yourself)? <i>Please circle the number that best represents how much your self-injury is due to that reason. Circle "0" if it has never been a reason that you self-injure and "4" if it has always been a reason that you self-injure.</i>	Why did you start?			If you continue, why do you continue?						
	Never a reason	Sometimes a reason	Always a reason	Never a reason	Sometimes a reason	Always a reason				
1. to release unbearable tension	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. to experience a "high" that feels like a drug high	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. to stop my parents from being angry with me	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4. to stop feeling alone and empty	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5. to get care or attention from other people	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6. to punish myself	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. to provide a sense of excitement that feels exhilarating	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8. to avoid getting into trouble for something I did	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9. to distract me from unpleasant memories	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10. to change my body image and/or appearance	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11. to belong to a group	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. to release anger	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13. to show others how hurt or damaged I am	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14. to experience physical pain in one area, when the other pain I feel is unbearable	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15. to stop people from expecting so much from me	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16. to relieve feelings of sadness or feeling "down"	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17. to stop me from thinking about ideas of killing myself	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
18. to stop me from acting out ideas of killing myself	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
19. to produce a sense of being real when I feel numb and "unreal"	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
20. to release frustration	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
21. to get out of doing something that I don't want to do	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
22. to prove to myself how much I can take	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
23. for sexual excitement	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
24. to diminish feeling of sexual arousal	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
25. other (please specify):	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

20.

Since you started to self-injure, have you found that: <i>circle "0" if never and circle "4" if always</i>	Never	Sometimes	Always
1. The self-injurious behaviour occurs more often than intended?	0	1	2 3 4
2. The severity in which the self-injurious behaviour occurs has increased (e.g., deeper cuts, more extensive parts of your body)?	0	1	2 3 4
3. If the self-injurious behaviour produced an effect when started, you now need to self-injure more frequently or with greater intensity to produce the same effect?	0	1	2 3 4
4. This behaviour or thinking about it consumes a significant amount of your time (e.g., planning and thinking about it, collecting and hiding sharp objects, doing it and recovering from it)?	0	1	2 3 4
5. Despite a desire to cut down or control this behaviour, you are unable to do so?	0	1	2 3 4
6. You continue this behaviour despite recognizing that it is harmful to you physically and/or emotionally?	0	1	2 3 4
7. Important social, family, academic or recreational activities are given up or reduced because of this behaviour?	0	1	2 3 4

21.

If you are trying to resist hurting yourself, what do you do instead? <i>Please (✓) all that apply</i>	
Never try to resist	
Talk with someone	
Exercise / sports	
Reading writing, music, dance	
Watch television, play video or computer games	
Do things to relax (e.g., hot bath, yoga, deep breathing)	
Use alcohol and or street drugs	
Do anything to keep hands busy	
Other (specify):	

b) For question 21, please circle the most helpful thing you do to resist hurting yourself.

