

# Možnosti sociální pedagogiky při pomoci dospívajícím se záměrným sebepoškozováním

Michaela Štamberská

---

Bakalářská práce  
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2023/2024

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Michaela Štamberská**  
Osobní číslo: **H200087**  
Studijní program: **B0111A190011 Sociální pedagogika**  
Forma studia: **Prezenční**  
Téma práce: **Možnosti sociální pedagogiky při pomoci dospívajícím se záměrným sebepoškození**

### Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sebepoškození, možností působení sociálního pedagoga a vývojových specifik dospívajících.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- CHRÁSKA, Miroslav, 2016. Metody pedagogického výzkumu. Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.  
KRIEGELOVÁ, Marie, 2008. Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2333-4.  
MACEK, Petr, 2003. Adolescence. Praha: Portál. ISBN 80-7178-747-7.  
PLATZNEROVÁ, Andrea, 2003. Sebepoškození. Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-606-9.  
THOROVÁ, Kateřina, 2015. Vývojová psychologie – proměny lidské psychiky od početí po smrt. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Hana Včelařová, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2024**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2024**

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.**  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

---

*1) Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce půjčovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## ABSTRAKT

V této bakalářské práci se zabývám záměrným sebepoškočováním u adolescentů. Teoretická část je rozdělena do dvou kapitol, kde se zabývám vymezením pojmu adolescence, definováním změn u vývoje jedince a projevy problémového a rizikového chování u mládeže. Druhá kapitola se zaměřuje na definici sebepoškočování, s tím spojené formy, metody a nástroje. Závěr teoretické práce se zaměřuje na prevenci před sebepoškočováním.

Praktická část bakalářské práce byla realizována kvantitativním výzkumem pomocí dotazníkového šetření. Cílem bakalářské práce bylo zanalyzovat znalosti a zkušenosti adolescentů se záměrným sebepoškočováním.

Klíčová slova: adolescence, sebepoškočování, rizikové chování, prevence

## ABSTRACT

In this bachelor's thesis, I examine intentional self-harm in adolescents. The theoretical part is divided into two chapters where I define the term adolescence, define the changes in the development of the individual and the manifestations of problem and risky behaviour in youth. The second chapter focuses on the definition of self-harm, associated forms, methods and tools. The theoretical work concludes with a focus on prevention of self-harm.

The practical part of the bachelor thesis was carried out by quantitative research using a questionnaire survey. The aim of the bachelor thesis was to analyse the knowledge and experiences of adolescents with deliberate self-harm.

Keywords: adolescence, self-harm, risk behaviour, prevention

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

**OBSAH**

<b>I</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
<b>1</b>	<b>ADOLESCENCE .....</b>	<b>11</b>
1.1	VYMEZENÍ POJMU ADOLESCENCE.....	11
1.2	ADOLESCENTNÍ ZMĚNY VE VÝVOJI.....	12
1.2.1	Fyziologické změny.....	12
1.2.2	Sociální změny .....	13
1.2.3	Psychologické změny .....	15
1.3	PROJEVY PROBLÉMOVÉHO A RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ.....	17
1.3.1	Poruchy příjmu potravy .....	18
1.3.2	Delikventní chování a agresivita .....	19
1.3.3	Konzumace alkoholu a jiných návykových látek.....	20
1.3.4	Rizikové sexuální chování .....	20
1.4	PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ .....	21
<b>2</b>	<b>SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....</b>	<b>23</b>
2.1	VYMEZENÍ POJMU SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	23
2.1.1	Motivace ke sebepoškození.....	24
2.1.2	Nástroje sebepoškození.....	25
2.1.3	Metody sebepoškození.....	25
2.1.4	Průběh sebepoškození.....	27
2.2	PREVENCE, LÉČBA A TERAPIE.....	29
2.2.1	Psychoterapie .....	31
2.2.2	Farmakoterapie .....	33
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>34</b>
<b>3</b>	<b>DESIGN VÝZKUMU.....</b>	<b>35</b>
3.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	36
3.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY A CÍLE.....	36
3.4	METODA ANALÝZY DAT.....	37
3.5	VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	37
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>	<b>40</b>
4.1	ZNALOSTI A PŘEHLED O SEBEPOŠKOZOVÁNÍ .....	40
4.2	ZKUŠENOSTI SE SEBEPOŠKOZOVÁNÍM.....	42
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>47</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>48</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>50</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>51</b>



## ÚVOD

Sebepoškozování je komplexní fenomén, který zasahuje do životů jednotlivců napříč různými sociokulturními a etnickými skupinami. Tento behaviorální vzorec, často spojen s duševním stresem či emočním utrpením, představuje významný problém zdraví a pohody jednotlivce. Zároveň však vyvolává otázky a výzvy v oblasti psychologie, sociologie, i lékařských věd.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na analýzu a porozumění fenoménu sebepoškozování, jehož hlubší pochopení může vést k efektivnějším intervencím a podpoře pro ty, kteří se s ním potýkají.

V úvodu se zaměřím na definice, formy a příčiny sebepoškozování, abychom nahlédli na jeho komplexnost a rozmanitost. Dále se zaměřím na důsledky tohoto chování, jak pro jednotlivce samotného, tak i pro jejich okolí a společnost jako celek. V neposlední řadě budu zkoumat existující teorie a přístupy, které se snaží vysvětlit motivace a mechanismy, jež stojí za sebepoškozováním.

Cílem této práce není pouze popisovat sebepoškozování, ale také navrhnout možné intervence a preventivní opatření, která by mohla vést k lepšímu porozumění a léčbě tohoto problému. Věřím, že prozkoumání této problematiky může přispět k posílení zdraví a pohody jednotlivců, kteří se s ní potýkají, a přinést tak pozitivní změny jak na individuální, tak i na společenské úrovni.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ADOLESCENCE

První kapitola bakalářské práce je zaměřena na obecný pojem adolescence, tedy klíčovou fází vývoje jedince jako osobnosti. Popisují zde změny, kterými si člověk v tomto období prochází z hlediska sociálních změn a taktéž změn fyziologických a psychických. V druhé části kapitoly se zaměřím na konkrétní oblasti změn, které mohou vést adolescenty ke zvýšenému stresu, nepohodlí či mohou omezovat schopnost adaptovat se.

### 1.1 Vymezení pojmu adolescence

Termín adolescence byl odvozen z latinského slova *adolescere*, v doslovném překladu jej můžeme interpretovat jako dorůstat, dospívat, mohutnět. Termín slova se využívá již od patnáctého století, kdy označuje období největších změn jak z hlediska sociálních, fyziologických a psychologických (Macek, 2003).

Adolescence je v české terminologii „mládí“, jehož trvání se nejčastěji připisuje k rozmezí od 15 do 22 let života jedince. Počátek adolescence je primárně spojován s plnou reprodukční zralostí jedince. Zároveň v tomto období jedinec dokončuje svůj růstový vývoj. Člověk v tomto období nabývá na významu o sebereflexi a seberegulaci (Macek, 2003).

Dle Macka (Macek, 2003) můžeme adolescenci dělit na 3 vzájemně propojené období. Věková hranice není ovšem stanovena na nejvyšší, jsou i případy, kdy se jedinci ani po dovršení dvaceti let necítí jako vyspělí jedinci, naopak se označují stále za adolescenty.

1. časná adolescence – 10 – 13 let
2. střední adolescence – 14 - 16 let
3. pozdní adolescence – 17 - 20 let

Období adolescence je jakýmsi pomyslným mostem mezi dětstvím a dospělostí. Mladí lidé touží být vnímáni a respektováni jako dospělí, avšak jejich chování často nesouhlasí s očekáváními dospělosti. To vede k tomu, že jsou hodnoceni jako puberťáci, kteří se sociálně ještě pohybují v dětské sféře. Postupně však rostou společenské požadavky na mladé lidi a přibližují se těm, které se kladou na dospělé. To zahrnuje aspekty jako cílevědomost, dosahované výkony, vyšší zodpovědnost za sebe a někdy i za ostatní. Nicméně, jelikož mnohdy není ještě ustálen sociální status dospělosti, adolescence bývá označována za tranzitní období, kdy mladí lidé nejsou ani úplně dospělí, ani děti (Taxová, 1987).

S dospíváním je spojena zvýšená emotivita, emoční labilita, snížená sebekontrola a zvýšená náchylnost k rizikovému chování a psychopatologickým procesům (Thorová, 2015). Adolescence mají větší předpoklady, že se zapojí do rizikového chování, které mohou mít dopad na jejich celý budoucí život (Macek, 2003).

## 1.2 Adolescentní změny ve vývoji

Autoři Peterson (1987) a Seifert, Hoffnung (1991) ve svých dílech uvedli, že se změny ve vývoji adolescentů dají rozčlenit na biologické, kognitivní, emocionální a psychosociální. Všechny výše zmíněné podskupiny změn jsou si ovšem velmi blízké, až propojené. Záměrně na sebe navazují, což ve spojení s adolescentem pomáhá tvořit jeho osobnosti a identitu (Macek, 2003).

Sobotková (2014) uvádí, že adolescence je především fází, kde dochází k biologickému zrání, zrychlenému růstu, a zejména se rozvíjí schopnost tělesné reprodukce. Kromě toho dochází k psychickým změnám, novému postavení jedince ve společnosti a proměnám v chování. Toto období je na pomezí mezi dětstvím a dospělostí a formují se zde fyziologické, psychologické i sociální faktory.

### 1.2.1 Fyziologické změny

Fyziologické změny u jedinců v adolescentním věku nejsou považovány za zásadní, či rapidní. Výška žen dosahuje parametrů dospělých, zatímco muži dorůstají do rozměrů až během pozdějších fází adolescence. Kromě výšky se také dokončuje proces hormonální vyzrállosti. Ženám se zvětšují boky a roste poprsí, zatímco muži se potýkají s mohutnější stavbou těla. S rapidní změnou stavby těla nastává situace, kdy se adolescenti začínají porovnávat s vrstevníky, sledují aktuální trendy na internetu a snaží se vypadat co nejvíce jako jejich vzory. Ti jsou velmi často médii prezentováni jako bezchybné osobnosti, kteří jsou štíhlí, atraktivní a přitažliví. Pro adolescenta je v tomto období náročné se naučit mít rád sám sebe, tím kdo je bez ohledu na nejnovější trendy či vrstevníky (Thorová, 2015).

Kromě standartních fyzických změn u adolescentů jsou zde i změny, které dokáže jedinec ovlivnit sám svým chováním a návyky. Především se jedná o životní styl či shodu jedinečných událostí.

Millová ve spolupráci s Blatným (2017) uvedla ve dvě životosprávy, které ovlivňují chování jedince na základě zdravotní situace.

1. Nepřítomnost závislého a rizikového chování (delikvence, kouření, užívání drog, rizikového sexuálního chování, atd.)
2. Přítomnost zdraví podporujících chování (fyzická aktivita, konzumace zdravých potravin, používání bezpečnostních prvků v běžném životě, atd.)

Podle výzkumu provedeného mezi českými vysokoškoláky bylo zjištěno, že přes více než 25 % respondentů nemá dostatek tělesné aktivity. Naopak velké procentu respondentů se přiznalo k nadměrnému užívání alkoholu, omamných látek a kouření.

Zdravý životní styl, který je doprovázen dostatečnou fyzickou aktivitou je zdrojem pro lepší kvalitu zdraví v pozdějším věku našeho života. S nedostatkem pohybu je v adolescenci spojena čím dále více rozšířená nadváha, obezita (Millová, Blatný, 2017).

### 1.2.2 Sociální změny

Sociální změny jsou v období adolescence nezbytné. Jedinec nabývá svéprávnosti dovršením 18 let, kdy zodpovídá za své činy a nese veškerou zodpovědnost za své jednání. Podle práva v České republice může v tomto věku jedinec uzavřít sňatek, odstěhovat se či vlastnit řidičský průkaz. Jedinec by v tomto věku měl být více samostatný, obezřetný, měl by nabrat znalosti ohledně ekonomické znalosti. S plnoletostí je spojeno také dokončování studia na střední škole, popřípadě následovano studiem vysoké školy. Po dokončení studia čeká jedince hledání prvního pracovního poměru (Macek, 2003).

### Vztahy s druhými jedinci

Během života se jedinci setkají s různými typy lidí, se kterými budou muset komunikovat. Právě rozvoj komunikačních dovedností je jeden z nejdůležitějších faktorů vývoje jedince. Macek (2003) ve zmiňuje že: *zvládne-li adolescent dovednost jako např.: zdvořilost, vyjádření vlastního názoru, dovednost položit otázku a požádat o názor druhého člověka, naslouchat druhým, otevřeně vyjádřit přání, přijmout a poskytnout pochvalu.*“

Jedinci s touto schopností se nedostávají tak často do konfliktu, napětí či neprojevují agresivitu, a to z důvodu, že jsou schopni ji ventilovat při komunikaci s vrstevníky. Konverzace bez napětí či vyhocení situace vede k navazování bližších osobních vztahů, sebejistotě a k uvědomění vlastní hodnoty (Lloyd, 1985 in Macek).

### Vztahy s rodinou

Rodina je jeden ze základních činitelů, která má na vývoj jedince vliv celý život. Termín rodina není možno přímo definovat. Plaňava (2000) definoval termín jako: „*Rodinu lze z hlediska jejího fungování pojmout jako strukturovaný celek (systém), jehož smyslem, účelem i náplní je utvářet relativně bezpečný, stabilní prostor a prostředí pro sdílení, reprodukci a produkci života lidí.*“

Autoři Macek (2003) a Thorová (2015), považují za klíčový faktor otevřenou komunikaci, k tomu aby předcházeli možnému sklonu k rizikovému chování. Rodina by i nadále měl být prostor, kde se adolescent může realizovat, zkoušet, a hledat své nové hodnoty a postoje. V rodičích mají adolescenti vzor v případě učinění důležitých životních rozhodnutí než např.: u vrstevníků. Autoři si také shodli, že základem pro pozitivní vztah rodič – dítě je komunikace a společné trávení času.

Vztahy s rodinou nejsou během adolescence většinou brány kladně. Jedinci cítí potřebu autoritám odporovat, neradi poslouchají jejich rady a často se odlučují. Jedná se o další krok k osamostatnění, který je náročný jak pro rodinu, tak i adolescenta. Mezigenerační konflikty jsou často označovány jak hlavní krok k osamostatnění (Macek, 2003).

Podle A. Petersonové (1988) je konflikt znamením, že adolescent má vyšší sklony k rizikovému chování – kouření, alkohol, omamné látky.

Oproti pubescenci dochází k postupnému uklidňování vztahu s rodiči. V mnoha rodinách nastává sblížení. Rodiče postupně přijímají, že jejich dítě se vyvíjí do samostatného jedince s vlastními potřebami a touhou po respektu. Postupným stárnutím a vývojem je adolescent mít větší chápání pro chování a postoje jeho rodičů. Zároveň si začínají uvědomovat hodnotu rodinného zázemí (Macek, 2003).

### Vztahy vrstevnické a partnerské

Vrstevnické vztahy od začátku adolescence nabírají stále větší význam. Kraus (2014) definoval vrstevnické vztahy: „*Jsou to skupiny, které charakterizuje věková, ale také názorová blízkost, z níž vyplývá souhlasné jednání.*“

Vrstevnické vztahy tvoří velkou část vývoje jedince. Ti mají potřebu patřit do nějaké skupiny, což je velmi důležité pro následnou socializaci a tvorbu vztahů. Ve vyšší věku adolescence patří vrstevnické vztahy mezi ty nejdůležitější. Jedinci jeden v druhém hledají oporu, zastání a porozumění. Ve skupinách člověk utváří sám sebe a definuje svoje postoje

a přístupy. Ve vrstevnických vztazích se rychle mění pozice člověka „soupeř, spoluhráč, opozičník a soupeř“. Jedinci ve vztahu s vrstevníky cítím v tomto období větší spojení než s rodinou, protože se cítí pochopeni, sdílí většinou stejné názory a postoje, problémy a nejistoty (Macek, 2003).

K posuzování vrstevnických vztahů se používá klasifikace B. Dunphyho (1963). Ten tvrdí, že v začátcích adolescence vznikají malé skupiny neboli party, které mají z pravidla 3 – 10 členů. Ty bývají převážně dívčí či chlapecké, málo kdy se stane, že by skupiny byli smíšené. Party popsal jako osoby, které bydlí poblíž sebe, typově „leader“ patří mezi maskulinní či femininní rysy, které zbytek party obdivuje a vzhlíží k nim. Komunikace mezi nimi spočívá na denní bázi. V starší fázi adolescence začínají vznikat velké skupiny, ty mají většinou okolo 15 – 30 členy. Skupiny se různě míchají, typickou aktivitou pro tyto skupiny jsou párty, večírky a akce podobného rázu, kde dochází k prvním sexuálním zážitkům.

Tímto vznikají první partnerské vztahy, předchází jim uvědomění si své sexuální orientace, která u chlapců bývá z pravidla dříve než u dívek. Chlapec je v adolescenci považován za toho, kdo se má snažit, dobývat a především mezi sebou soutěžit o to, kdo má více zkušeností, čímž nabývají na sociálním statusu mezi vrstevníky. Naopak dívky jsou na toto téma více citlivé, nerady se o tématu baví mezi ostatními, často se porovnávají se vzhledem druhých, hledají v sobě chyby a atraktivitu, často tak v adolescenti experimentují s různými styly oblékání a účesů (Macek, Čermák, Hřebíčková in Macek 2003).

### 1.2.3 Psychologické změny

Na začátku adolescence se jedinec potýká s oslabením autoregulace emocí a chování. To je spojováno s nárůstem potíží, problémů v chování, tak při jednání s autoritami. Za důsledek se tohle chování připisuje k nerovnoměrnému dozrávání mozkových center, které se nesou zodpovědnost za zpracování emocí a řízení chování (Blatný, 2017).

Tyto psychické změny se vyskytují u chlapců i dívek rovnoměrně ve stejném časovém úseku. Nabírají vědomí o svých činech, dokáží se delší dobu soustředit na danou aktivitu, tvoří si své vlastní názory, které si snaží prosadit. Matějček (2017) definoval psychické změny následovně: *„Dítě dovede nyní myslet v obecných pojmech a kategoriích, své poznatky dovede zobecnit a své myšlenky dovede vyjadřovat prakticky už tak dobře jako dospělý. Dokáže vytvářet teorie a systému, které platí na řešení všech podobných problémů. Tím dalekosáhle zvětšuje své možnosti. Formální operace, osvobozují myšlení dospívajícího dítěte z vázanosti na konkrétní skutečnosti a „dávají mu křídla““.*

## Identita

Z psychologického hlediska dochází u jedinců více k otázkám jejich identity, hledají sami sebe. Identitu popsala trojice autorů: „*Totožnost. Způsob, jímž jedinec vnímá: 1. svou stejnost a kontinuitu v čase; 2. místo, smysl a význam své existence v širokém kontextu lidské společnosti. Identita se vyvíjí a prochází i určitými krizemi, z nichž patrně nejvýznamnější probíhá v adolescenci.*“ (Průcha, Mareš, Walterová, 1998)

Adolescentů se postupem času projevuje egocentrismus, jsou přesvědčeni sami o sobě, že jsou centrem pozornosti všech lidí okolo sebe. To nese za následek, že začínají více pečovat o svou vnější stránku. Adolescenti se velmi obávají, že se dostanou do trapných situací, kde by se jim vrstevníci mohli vysmát, i když jde o běžné situace. Mají pocit, že jim nikdo nerozumí, domnívají se, že jsou jedineční (Blatný, 2017).

V pozdější adolescenci si jedinec hledá osobní cíle a hodnoty. Díky kterým nabývá naplnění ze svého života. Marcia (1967) vytvořil modul, který se zabývá hledáním sám sebe, tvořením si své identity. Využil k tomu dvě hlediska, a to *krizi*, kde se jedinec hledá, zvažuje možnosti své identity a *závazku*, kdy převezme možnost za svou vlastní.

1. Difúze identity – jedinci, kteří nepocítují krizi identity, akceptují jakékoliv závazky
2. Předčasné uzavření identity – jedná se o jedince, kteří přijali závazky bez předešlé krize identity, bez zkoumání svých možností
3. Moratorium identity – jedinci se nachází v období krize, kdy nepřijali žádné závazky
4. Dosažení identity – jedinci, kteří úspěšně po období hledání přijali role spojené s dospělostí, zavázali se ke konkrétním hodnotám a cílům

Utvořit si svou identitu není náležitost na pár týdnů, ale jedná se o dlouhodobý proces. Člověk se tvoří celý život, v adolescenci proces začínám snahou odtrhnout se od veškerých atributů dětství. Zásadní je změna v úpravě stylu oblékání a účesů. V moderní době je mládež značně ovlivňována médii, které jim předávají nereálné standarty krásy, ale i nereálné životy influencerů či mediálně známých osobností. Tělesný vzhled a obliba u vrstevníků je jeden z nedůležitějších faktorů v dospívání a tvorbě sebeúcty. Rozdíl mezi tím, jak si jedinec přeje, aby věci byly, a jak skutečně jsou, může vést k hlubokému rozčarování a zklamání ze sebe sama. Když si uvědomuje, že jeho vlastní identita nesouhlasí s očekáváními či normami společnosti nebo okolí, může to vyvolat pocity úzkosti a viny.



Takový rozpor může být překážkou na cestě k pocitu sebejistoty a duševní pohody (Macek, 2003).

### **Emocionalita**

V průběhu dospívání dochází k diferenciaci citových prožitků, kdy se objevuje širší spektrum emocí. V časném adolescentním věku je častá zvýšená nestabilita emocí, která je spojena s hormonálními změnami, vyšší mírou sebereflexe a tzv. adolescentním egocentrismem, který charakterizuje vysokou potřebu hodnocení sama sebe. Tato intenzivní labilita emocí postupně ustupuje ve střední a pozdní adolescenci, kdy může být nahrazena vyšší emocionální stabilitou a menší impulzivitou. Toto období je rovněž klíčové pro formování temperamentu jedince, a je citlivé na intenzivní prožitky a zážitky. Důležitou součástí adolescence jsou také projevy přátelství, lásky a empatie, ať už jde o jejich vytváření, udržování nebo porozumění. Současně se vyskytují i negativní projevy, jako je nejistota, vztek či smutek, a to jak ve formě agresivity či vulgarity, tak i v touze po sblížení a akceptaci (Macek, 2003).

### **1.3 Projevy problémového a rizikového chování**

Rizikové chování definuje chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro adolescenta nebo společnost.

Macek (2003) definoval rizikové chování jako : „*chování, které přímo nebo nepřímo ústí v psychosociální nebo zdravotní poškození jedince, jiných osob, majetku nebo prostředí*“

**Teorie rizikového chování podle Fishera, Škody 2009 (in Sobotková a spol. 2014)**

- Teorie biologicko-psychologické – souvislost mezi chováním, charakterem a tělesnou stavbou, genetikou (teorie narozeného zločince)
- Teorie sociálně-psychologické – vznik rizikového chování na základě sociálního učení
- Teorie socioekonomické – studuje společenské a kulturní prostředí (teorie kulturního přenosu, teorie delikventního prostředí)

**Mezi rizikové chování řadíme:**

1. Záškoláctví
2. Lhaní
3. Agresivita

4. Šikana, kyberšikana, násilné chování
5. Obecné kriminální jednání (krádeže, vandalismus)
6. Rasismus a xenofobie
7. Sexuální rizikové chování
8. Poruchy v příjmu potravy
9. A další, ..

### 1.3.1 Poruchy příjmu potravy

Pod nátlakem se mnoho dívek nebo chlapců uchýlí ke nezdravým stravovacím návykům, které vedou k poruchám příjmu potravy. Porucha příjmu potravy je pak způsobená příliš velkým vlivem internetu na adolescenta, kdy jim jen zobrazován jako ideál krásy hubený, vysportovaný člověk. Adolescenti mají pak vůči sobě předsudky, odsuzují své tělo, idealizují se do cizích osob, které působí na internetu nebo vidí vzor se vlastníci. Větší sklon ke poruchám příjmu potravy mají dívky, které chtějí vypadat jako jejich oblíbená herečka, zpěvačka nebo modelka, která se líbí chlapeckým vrstevníkům v okolí. Poruchy příjmu potravy úzce souvisí s problémy s identitou, jedinci k sobě cítí určitou nechuť a neschopnost. Nespokojenost se liší u dívek a chlapců. Chlapci si převážně přejí zhubnout, a druhá půlka přibrat svalovou hmotu, zatímco většina dívek si přeje být štíhlejší. Špatný vztah k jídlu je úzce spojený s nenávistí sebe samotného, které nese negativní přístupy ke hodnocení adolescentů k vlastnímu tělu (Macek, 2003).

Rozlišujeme tři základní typy poruch příjmu potravy (PPP)

- Mentální anorexie
- Bulimie
- Záchvatové přejídání

#### **Mentální anorexie**

Jedná se o vážnou duševní poruchu, kde jedinec aktivně omezuje příjem potravy kvůli strachu z přibývání na váze, bez ohledu na svou reálnou hmotnost a vzhled. Tento proces často zahrnuje odmítání jídla, ale může také zahrnovat zvracení, užívání projímadel, až po úplné odmítnutí potravy. Důsledkem může být vážná podvýživa a v extrémních případech i smrt jedince nebo sebevražda. Existuje také atypická forma této poruchy, známá jako

mentální anorexie, kde se projevují podobné symptomy, ale úbytek váhy nemusí být tak výrazný.

### **Bulimie**

Jedná se o poruchu, která je charakterizovaná opakovanými epizodami nutkavého přejídání, typicky v krátkém časovém intervalu, doprovázených ztrátou kontroly nad jídlem. Po těchto epizodách následuje kompenzace, často prostřednictvím zvracení potravy, užívání projímadel nebo nadměrné fyzické aktivity. Tyto chování jsou motivována pocitem viny a obavou z přibývání na váze.

### **Záchvatové přejídání**

Jedná se o poruchu charakterizovanou rychlým, nekontrolovaným přejídáním, i když člověk nemá hlad, často doprovázeným pocitem viny a znechucením nad vlastním chováním. Tyto epizody často probíhají v osamění, ze strachu z toho, že by se jedinec mohl ztrapnit před ostatními.

### **1.3.2 Delikventní chování a agresivita**

Delikventní chování lze popsat jako chování, které je proti pravidlům, porušuje zákony a jiné normy chování. Podle statistik je nejčastějším delikventním chováním:

- Násilnictví
- Opilství a výtržnictví
- Neoprávněné užívání motorového vozidla
- Vandalismus
- Toxikomanie
- Prostituce
- Gamblerství
- Trestná činnost páchaná prostřednictvím internetu

Adolescenti provádí trestné činy ve větších skupinách než jednotlivci, u těchto krádeží převládá emociální nadvláda nebo návykové látky, jako jsou alkohol nebo další opiáty. U mladistvých dochází často k velké nepřipravenosti ke spáchání trestného činu. Nejčastěji jsou odcizovány věci, které k danému věku chtějí nebo se jim líbí (motocykly, oblečení, televizory, alkohol, cigarety) (Sobotková a spol. 2014).

### 1.3.3 Konzumace alkoholu a jiných návykových látek

Alkohol a mladiství jsou kombinace, která přináší mnoho rizik a výzev. Mladiství často experimentují s alkoholem jako součástí svého objevování se a hledání identity. Nicméně jejich nezralost a nedostatek zkušeností s alkoholem často vedou k nebezpečným situacím.

Mladí lidé jsou zvláště citliví na účinky alkoholu, a to jak fyzicky, tak i psychicky. Jejich těla ještě nejsou plně vyvinutá a alkohol může mít na ně silnější a nepředvídatelnější účinky než na dospělé. To znamená, že konzumace alkoholu může vést k těžším opilostem, poškození mozkového vývoje a zvýšenému riziku nebezpečného chování, jako je řízení pod vlivem nebo riskantní sexuální aktivity.

Nevolnosti a další různé reakce jsou běžné při prvním kontaktu s drogami, jelikož se tělo často brání neznámým látkám. Každý jedinec má individuální odezvu, která ovlivňuje jeho další postoj k drogám. Největší ohrožení hrozí těm, jejichž tělo nereaguje na drogy příliš intenzivně, nebo těm, kteří jsou ochotni riskovat a užívat drogy za jakoukoli cenu. Podle Nešpora (2003) je zvláště vysoké riziko rychlé závislosti u mladistvých, jejichž tělo se stává závislým na drogách rychleji než u dospělých.

Závislí jedinci mají sklon zneužívat různé typy drog, přecházet mezi nimi nebo je kombinovat. U mladistvých je častým jevem opakované propadání do závislosti. Nicméně díky přirozenému procesu dospívání, který nazýváme zráním, má léčba obvykle příznivý průběh (Nešpor, 2003).

Prevence a vzdělávání jsou klíčové v boji proti konzumaci alkoholu mezi mladými lidmi. Poskytnutí informací o rizicích a nástrahách alkoholu a podpora zdravých alternativních aktivit může pomoci mladistvým vyhnout se problémům spojeným s alkoholem a vést zdravější a plnohodnotnější život (Nešpor, 2003).

### 1.3.4 Rizikové sexuální chování

Rizikové sexuální chování obvykle zahrnuje časný začátek sexuální aktivity, časté sexuální kontakty, náhodné partnery, promiskuitu, prostituci, používání sexuálních praktik s vysokým rizikem zranění nebo infekce a konzumaci alkoholu nebo drog před sexuální aktivitou. Takové chování může zvyšovat riziko sexuálně přenosných infekcí, nechtěného těhotenství a dalších nepříznivých následků.

Projevy sexuální deviace u dětí mohou zahrnovat zvýšenou agresivitu, týrání zvířat, neohrabanost při projevování zájmu o protějšek, nedostatek empatie, nekontrolovanou

masturbaci, neobvyklý sexuální vývoj a specifické projevy podle pohlaví. U chlapců se může projevovat zvýšená fyzická agresivita, zatímco u dívek se častěji může objevovat sebepoškození. Některé varovné signály mohou zahrnovat kombinaci tří symptomů: noční pomočování i po dvanáctém roce věku, týrání zvířat a tendence k žhářství (Jonášová, 2022).

#### 1.4 Prevence rizikového chování

Primární prevence ve školách se soustředí na zabránění vzniku rizikového chování u jedinců, kteří s ním dosud nepřišli do styku, například předcházením užívání návykových látek u těch, kteří s drogami nemají zkušenost. Sekundární prevence se pak zaměřuje na zabránění vzniku, rozvoji a udržení rizikového chování u těch, kteří jsou mu již vystaveni, například prevence vzniku a rozvoje závislosti u těch, kteří drogy již užívají. Terciární prevence má za cíl minimalizovat zdravotní či sociální problémy vyplývající z rizikového chování, například předcházením závažným zdravotním či sociálním následkům spojeným s užíváním drog.

Podle Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (2010) lze primární prevenci v školním prostředí chápat širěji jako podporu zdravého životního stylu, podporu pozitivního sociálního chování a rozvoj psychosociálních dovedností a schopností zvládání stresových situací (Martanová, 2014).

Rozdělení prevence podle Světové zdravotnické organizace (WHO) do tří stupňů je užitečným nástrojem k účinnějšímu boji s rizikovým chováním:

1. **Primární prevence:** tento stupeň prevence se zaměřuje na zabránění vzniku rizikového chování. To může zahrnovat opatření jako prevenci užívání návykových látek u jedinců, kteří s nimi dosud nepřišli do styku. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) dále specifikuje primární prevenci jako podporu zdravého životního stylu, pozitivního sociálního chování a rozvoj dovedností k řešení obtížných situací.

Primární prevence se dále klasifikuje do různých typů, jako jsou nespecifická, specifická, všeobecná, selektivní a indikovaná.

- **Všeobecná prevence:** úroveň je zaměřena na celkovou populaci dětí a mládeže bez předchozího hodnocení rozsahu problému nebo výskytu rizikového chování. Používá pouze věková kritéria a jejím cílem je předcházet vzniku rizikového chování.

- **Selektivní prevence:** úroveň je zaměřena na žáky, u nichž je pravděpodobné zvýšené riziko výskytu rizikového chování, nebo jsou přítomny faktory podporující vznik a rozvoj různých forem rizikového chování. Může jít například o třídy s vyšším počtem žáků se specifickými vzdělávacími potřebami, školy ve znevýhodněných oblastech nebo školy v lokalitách s vysokou kriminalitou. Cílem je rychle a efektivně řešit problematiku rizikových skupin dětí a mládeže.
  - **Indikovaná prevence:** Tato úroveň je zaměřena na jednotlivce nebo skupiny, u nichž bylo identifikováno vyšší riziko v oblasti chování, problematických vztahů v rodině, ve škole nebo s vrstevníky. Indikovaná prevence bere v úvahu míru rizika a zvolí se kombinace intervencí, které podporují změnu chování.
  - **Nespecifická primární prevence:** zahrnuje aktivity, které nepřímo ovlivňují rizikové chování, jako je podpora zdravého životního stylu, zájmové a sportovní aktivity a programy podporující dodržování společenských pravidel, zdravý osobnostní rozvoj a odpovědnost za vlastní jednání.
2. **Sekundární prevence:** tento stupeň prevence se soustředí na poskytnutí účinné pomoci jedincům, kteří už projevíli rizikové chování. Programy, strategie a aktivity sekundární prevence se snaží včas odhalit tyto jevy a bránit jejich prohlubování a šíření. Například včasná intervence, poradenství a léčba mohou být součástí této prevence, přičemž se zaměřují i na prevenci rozvoje závislosti u osob, které již užívají drogy.
  3. **Terciární prevence:** tento stupeň prevence si klade za cíl předcházet vážným nebo trvalým zdravotním či sociálním problémům v důsledku rizikového chování. Zahrnuje léčbu závislostí, reedukaci, resocializaci a koncept harm-reduction, který se snaží minimalizovat škody spojené s užíváním drog a zabránit opakovaným situacím.

## 2 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Druhá kapitola bakalářské práce se věnuje sebepoškození. V první části budu definovat termín sebepoškození, který není autory zcela sjednocen. V další části se zaměřím na adolescenty, kde budu zkoumat příčiny a motivaci jedinců k vykonání tohoto aktu. Nadále se budu věnovat popisu metod a celkovému průběhu sebepoškození u adolescentů. S ohledem na téma bakalářské práce se v závěru kapitoly zaměřím na prevenci, léčbu a možné terapie.

### 2.1 Vymezení pojmu sebepoškození

Sebepoškození neboli automutilace je termín, který je náročný na definování či vymezení. Existuje velká škála autorů, kteří termín definují, ovšem stále neexistuje mezinárodně uznávaná definice.

Podle Armanda R. Favazzy (1999) se sebepoškození definuje jako: „*sebepoškození jako přímá a záměrná destrukce nebo poškození vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního záměru*“ (in Kriegelová, 2008).

Fischer a Škoda (2014) uvádějí, že „*Sebepoškození představuje chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity, znamená závažnou patologii zvláště pak ve věku adolescence, kdy se nejčastěji objevuje.*“

Platznerová (2019) označila následovně: „*jako sebepoškození se v psychiatrii označuje komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky a které lze nejlépe chápat jako maladaptivní odpověď na akutní a chronický stres.*“

I přesto, že autoři se neshodují na přesném znění definice záměrného sebepoškození, jej rozdělili do tří hlavních částí, které ve své knize zmiňuje Platznerová (2009).

1. **Závažná automutilace** – jedná se o nejméně vyskytovaný typ sebepoškození, který se řadí mezi nejextrémnější v dopadu na jedince. Během aktu dochází k silnému poranění tkáně, což vede k trvalému zmrzačení (kastrace, amputace,...)
2. **Stereotypní automutilace** – týká se nejčastěji jedinců, kteří jsou diagnostikováni s mentální retardací, Tourettovým syndromem či autismem. Akt sebepoškození je založen na častém rytmickém opakování jedné aktivity (bušení hlavou do zdi, kousání se, ...)

3. **Povrchová nebo mírná automutilace** – jedná se o nejčastěji praktikovaný typ sebepoškození, kdy u jedince nedochází k fatálním následkům. Skupina jde nadále rozdělit do dvou podskupin:

- **Kompulzivní** – forma chování, kde jedinec opakovaně způsobuje poškození svého těla (řezání, škrábání nebo pálení,...) Toto chování může být spojeno s emocionální bolestí, stresem, úzkostí nebo depresí, a může sloužit jako způsob, jak se jedinec pokouší zvládnout své pocity nebo vyrovnat se se situací.
- **Impulzivní** – vyznačuje se rychlými, impulzivními činy sebepoškození, které mohou být vyvolány intenzivními emocemi (hněv, frustrace, úzkost nebo beznaděj,...). Toto chování často slouží jako způsob, jak zvládnout intenzivní emocionální bolest nebo zmírnit psychický tlak.

Sebeпоškození se ve většině případů nevyskytuje jako jednorázový akt, ba naopak. Sebeпоškození, i které není intenzivní, tak zpravidla trvá delší dobu, můžou to být i roky.

### 2.1.1 Motivace ke sebeпоškození

Motivace ke záměrnému poškození nejen u adolescentů je primárně spojována s negativními emocemi. Mnoho adolescentů se dopouští sebeпоškození kvůli prožitku pocitu osamělosti, deprese, nenávisť vůči své osobě či pocitu, že nejsou dostatečně dobří. Zřídka se u adolescentů projevuje obecný hněv k okolí nebo se cítí frustrovaní z života. Sebeпоškození jim tak pomáhá nemyslet na veškeré „trable“, které je v daný moment doprovázely. Adolescenti dokázali snížit intenzitu emocí a tím odvinout pozornost od problémů. Motivace může být způsobena i tím, že se jedinec snaží vyrovnat se stresující situací, která mu v životě nastala (Platznerová, 2009).

Každý člověk je individuální, není tedy možné určit přesné příčiny a motivace k sebeпоškození. Klonsky et al. (2014) rozděluje motivaci na dvě části: *interpersonální a intrapersonální*. Intrapersonální motivace se zaměřuje na jedince jako osobnost, jedná se tedy o jakýsi emoční stav jedince, nespokojenost sám se sebou,... Zatímco interpersonální motivace vyznačuje mezilidské vztahy (Klonsky et al. In Kriegelová, 2008).

Spousta jedinců se přiznává, že na cestu sebeпоškození se vydali po nešťastné náhodě, kdy se omylem popálili nebo pořezali. Popisují silný pocit uvolnění a odlehčení od stresu,



který je může dlouhodobě trápit. Chtíč po stejném uvolnění je velmi návykový a spontánní (Kriegelová, 2008).

Kriegelová uvedla rozdělení motivace od Nation Health Service ve Velké Británii, kde byla rozdělena na tři základní faktory:

1. **Dlouhodobé faktory** – traumatické zkušenosti z dětství (znásilnění,..), nedostatečné zvládnání emocí, psychiatrické poruchy
2. **Krátkodobé faktory** – problémy ve vztahu s blízkou osobou, nedostatek sociální podpory, zneužívání návykových látek
3. **Precipitující faktory** – finanční problémy, úmrtí blízké osoby, zvýšený stres pár dní před vykonáním aktu

Mezi další motivace ke sebepoškození můžeme dále zařadit:

- Šikana ve škole (taky stres spojený se školou a zkouškami)
- Nechtěné těhotenství
- Problémy s rasou, kulturou nebo náboženstvím
- Problémy spojené se sexualitou
- Pocit nepřijetí, odmítání od rodiny či vrstevníků

### 2.1.2 Nástroje sebepoškození

Mezi nejčastěji využívané nástroje ke sebepoškození se řadí jednoduše dostupné ostré předměty, jako jsou žiletky, rozbité sklo, nůžky, jehly a kružítko. Při sebepálení lidé využívají otevřený oheň nebo cigarety. Při předávkování se nejčastěji jedinci obrací na velké množství alkoholu, který mohou kombinovat s volně prodejnými léky, které jsou ve velkém dávkování i s kombinací alkoholu velmi nebezpečné a vedou k otravě krve. Mezi jedny z nejčastějších léků k sebeotrávení patří antidepresiva, analgetika, antiflogistika, trankvilizery, hypnotika nebo sedativa. Pokud člověk je pod velkým nátlakem, tak je schopen využít cokoliv, co by mu mohlo ulevit (Sutton in Kriegelová, 2008).

### 2.1.3 Metody sebepoškození

Metod záměrného sebepoškození je nespočet. Zilová a Kyselica (2001) uvedli: „*akt záměrného sebepoškození je omezen pouze fantazií daného jedince.*“

Záměrné sebepoškozování lze rozdělit do dvou hlavních skupin: *sebezraňování a sebetrávení/předávkování*.

### **Sebetrávení = self-poisoning**

Sebetrávení, známé také jako autoagrese, je forma sebepoškozování, při které si jedinec úmyslně způsobuje požití nebezpečných látek nebo předmětů, které mohou poškodit jeho tělo nebo způsobit otravu. To může zahrnovat požití toxických látek, jako jsou léky, čisticí prostředky, chemikálie, nebo dokonce kovových předmětů.

Motivace k sebetrávení může být různá a často souvisí s psychickými obtížemi nebo duševním onemocněním. Někteří jedinci mohou cítit, že sebetrávení je způsob, jak se zbavit emocionální bolesti, utrpení nebo zoufalství. Pro jiné to může být způsob, jak získat pozornost, vyjádřit svou beznaděj nebo způsobit šok (Kriegelová, 2008).

### **Sebezraňování = self-injury**

Sebezraňování patří mezi nejčastější formy sebepoškozování, se kterými se může člověk potkat. Nejvíce populární je využívání ostrých předmětů k sebeřezání. K tomuto aktu jedinci využívají nejčastěji nože, střepey, nůžky, žiletky. Jedinec může způsobit řezy na různých částech těla, často na místech, která jsou snadno skryitelná, jako jsou paže, břicho, stehna nebo hrudník. Častá forma je i vyřezávání obrázků nebo jiných motivů, které mohou mít pro jedince hlubší význam. Pro některé lidi může mít sebeřezání také symbolický význam, jako je vyjádření vnitřní bolesti, trestání sebe sama nebo pocit kontroly nad vlastním tělem (Kriegelová, 2008).

Druhou nejčastější formou sebezraňování je využívání ohně nebo horkých předmětů k vytvoření popálenin. K tomu se využívají zapalovače, doutníky, cigarety, žehličky, horké kovové předměty nebo chemikálie. Favazza a Conterriová (1989) uvedli, že sebezraňování je zastoupeno až k 35 % tázaných jedinců. Při novějších výzkumech zůstávají statistiky velmi podobné.

Kriegelová (2008) zmiňuje Juzwina (2004), ten prováděl výzkum na procentuální zastoupení metod sebepoškozování u 30 jedinců, kteří se sebepoškozovali. Výsledky uvedly, že 93 % tázaných provádělo sebeřezání, 17 % jedinců zastupovalo sebezraňování a stejný počet tázaných využívalo sebetrávení a propichování kůže.

Mezi méně využívané formy sebezraňování patří sebebušení, které vede k menším poraněním nebo poškozením těla, většinou k tvorbě modřin nebo otoků. Tato činnost

zahrnuje údery pěstí do zdí, tvrdého materiálu nebo sebe sama, nárazy do těla, a to buď holýma rukama nebo s využitím dalšího náčiní. Sebebušení většinou reaguje na náhlé změny emocí, především frustrace nebo hněv.

Sebeškrcení je forma sebepoškozování, kdy si jedinec vědomě způsobuje přerušeni dodání kyslíku do těla nebo přerušuje proudění krve tím, že se dusí nebo škrtí. K této formě sebepoškozování se využívají provazy, pásky, šátky, kabelová sluchátka nebo holé ruce. Cílem je utažení kolem krku, rukou nebo nohou. Pro jedince může být sebeškrcení symbolikou vnitřního trápení nebo pocitu beznaděje.

Mezi další formy sebepoškozování patří: trhání vlasů, obočí a řas, polykání nejdých předmetů, propichování a škrábání si kůže a kousání se (Kriegelová, 2008).

Kriegelová zmínila výzkum, který prováděla Suttonová (2009) ohledně nejvíce postižených tělních partií během sebepoškozování. Nejčastěji se jedinci sebeřezou nebo sebedělají na pažích, konkrétně na předloktí. Místo je jedinci často voleno, protože je jednoduše přístupné a není jej složité zakrýt oblečením. Někteří lidé se sebepoškozují v oblasti zápěstí, kde lze rány jednoduše skrývat náramky. Břicho a stehna je stejně jako předloktí velmi častým místem, kde se lidé bodají nebo řezou. Sebepoškozování v oblasti krku nejčastěji zahrnuje znaky sebeškrcení nebo škrábání. U žen je časté zastoupení řezných ran v oblasti ňader.

Určení místa k sebepoškozování je předmětem několika studií. Někteří jedinci využívají místa, které lze jednoduše skrýt pod oblečením či jinými doplňky. Druhá skupina jedinců vyhledává místa, které jsou viditelná, aby vedlo k rychlému odhalení a zjevné viditelnosti. Jedinci si mohou vybírat místa, které na svém těle nenávidí. Může se jednat o místa, které nesou následky po chirurgickém zákroku nebo sexuálním zneužívání (Kriegelová, 2004).

#### **2.1.4 Průběh sebepoškozování**

Conteriová, Laderová a Bloomová (1998) uvedly teorii „nákazy“, která popisovala situaci, kdy adolescenti napodobují své vrstevníky, učí se tak asi od sebe, přejímají jejich návyky. Jedinci se sebepoškozováním mohli začít náhodným popálením či pořezáním, kdy se jim dostalo určitého uklidnění a útlumu. Za sebepoškozování lze považovat i tetování i piercing. U mladistvých je čím dál více populární forma těchto doplňků, kdy první začínají propichováním uší, nosu, obočí a pupíku. Tyhle akty je mohou vést ke zkoušení si propichovat či pod kůži vkládat ostré předměty (Kriegelová, 2008).

Průběh sebepoškození může být různorodý a závisí na individuálních faktorech, jako jsou motivace, psychický stav a zkušenosti daného jedince. Prvním krokem je vznik podnětu, počáteční situace nebo vyvolání traumatických vzpomínek, tedy znovuvybavení traumatické situace, jako např.: úmrtí blízké osoby, potrat nebo porod. Tyto podněty vedou k vyvolání silné vlně emocí, mezi které patří stres, úzkost, frustrace nebo bolest. Může se jednat o podnět, se kterým se jedinec nedokáže vyrovnat, a tak hledá alternativní řešení problému.

Jedinec může dostat naléhavý pocit, že situaci musí vyřešit hned a že musí zvládnout emocionální nebo psychické utrpení. Pocit naléhavost může vést k impulsivnímu chování sebepoškození. Důležité je si uvědomit, že sebepoškození je zcela individuální způsob, jak člověk zpracovává emocionální tíživé situace. Jedinec využívá bolestivé fyzické projevy jako prostředek k regulaci svých psychických stavů. Prožívání této bolesti, vytváření poranění, krvácení a jizev jsou charakteristické pro sebepoškození a odlišují se od jiných strategií zvládnání emocí. *„Tělesná bolest slouží k eliminaci duševní trýzně, cílem sebepoškození je dosažení psychické úlevy. Skutečnost, že sebezraňování přináší úlevu, vede k zafixování této strategie a k jejímu opakování“* (Platznerová, 2009).

Po provedení aktu jedinec cítí okamžitou úlevu od emocionálního napětí, bolesti nebo psychického utrpení. Většina jedinců se ale shoduje, že na začátku aktu cítí ochromující bolest, až po dokončení chování začínají pociťovat uvolnění. Délka úlevy je individuální, většinou se jedná o krátkodobý stav, který se spojen s pocitem vlastní kontroly, zlepšení nálady nebo klesání pocitů viny (Kriegelová, 2008).

Euforie z uklidnění v daný moment nevydrží dlouhou dobu, jedná se o krátkodobý pocit. Po emocionální úlevě může následovat pocit viny, studu nebo zahanbení za provedené činy.

Na začátku sebepoškození je pro okolí těžké rozeznat počátky problému, jedinci mají tendenci své rány i chování schovávat, jelikož se bojí reakce okolí. Pro své obhájení mají jedinci vždy vymyšlené a vytvořené scénáře nebo situaci zapírají. Často se oblíkají do nevhodného oblečení během teplého počasí, nosí dlouhé rukávy, náramky, dlouhé nohavice. Časté je taky vyhýbání se aktivitám, u kterých je potřeba odhalit část svého těla. Během léta se vyhýbají především vodním aktivitám.

Sebepoškození se podle průzkumů může stát návykové, a to z důvodu uvolňování endorfinů. Endorfin, někdy nazývaný hormon štěstí, který se uvolňuje do mozku a přináší pocit dobré nálady a štěstí. Kromě toho, že tlumí bolest, ovlivňuje také uvolňování dalších hormonů a je vyplavován v situacích jako je stres nebo fyzická aktivita (Platznerová, 2009).

Určit frekvenci sebepoškozování je velmi náročné a individuální. Mohou být případy, kdy se jedinec sebepoškozuje jednou až dvakrát denně, či naopak párkrát do roku. V průměrných hodnotách můžeme hovořit, že se jedinci sebepoškozují 2x – 3x týdně. S více intenzivním sebepoškozováním může docházet ke stále rozsáhlejší praktikám, které mohou vést k neúmyslné sebevraždě (Hawton in Kriegelová, 2008).

Suttonová (1995) vytvořila na základě studií cyklus záměrného sebepoškozování.

1. **Psychická bolest** – jedinec prochází náročným psychickým obdobím, které se může týkat nezastavitelnými myšlenkami, představami, vzpomínkami nebo tělesnými následky z traumat, nemusí se cítit dostatečně, prožívá vnitřní chaos
2. **Zaplavení emocemi** – vnitřní chaos vede k nepříjemným emocím, které spouští silné pocity, jedinec neví jak je ventilovat a tak dochází k jeho rozrušení, vystrašení a zoufalosti, může zažívat pocity prázdna
3. **Panické stavy** – probouzí se větší panika, pocit ztráty kontroly sám nad sebou, ve snaze nastolit kontrolu nebo se vrátit k realitě zažívá nutkání se poškodit
4. **Aktivita** – probíhá akt sebepoškozování, jedinec cítí menší odcizení od reality, vyplavují se endorfiny, jedinec nemusí pociťovat bolest
5. **Dobrý pocit** – jedinec se cítí, že je všechno pod kontrolou, zažívá euforii, uklidnění, pocit štěstí a satisfakci
6. **Lítostivá reakce** – období viny, hanby, studu nebo znechucení ze sám sebe, což může vést ke dalšímu sebepoškozování

Sebepoškozování je komplexní a citlivé téma, které má vážné důsledky pro fyzické i duševní zdraví postižených jedinců. Je důležité chápat, že sebepoškozování není pouhým projevem "šílenství" či "bezohlednosti", ale spíše způsobem, jak se jedinec snaží zvládat své vnitřní boje a emoce. Proto je klíčové poskytnout postiženým osobám empatii, porozumění a odbornou pomoc.

## 2.2 Prevence, léčba a terapie

Literatura zabývající se účinnými způsoby prevence sebepoškozování je omezená. Ve zdrojích jsou většinou uváděny pouze obecné informace jak sebepoškozování úspěšně předcházet. Účinné strategie dokážeme do jisté míry odvodit od příčin, které vedly jedince k vykonání aktu. Poznatky uvádí, že v adolescentech je potřeba rozvíjet silné osobnostní

stránky a posilovat schopnost budovat autentické vztahy. Prevence si z části zakládá na aktivním zapojení adolescentů do smysluplných aktivit. Tyto aktivity by měly přispět k vytvoření pozitivnějšího vnímání sebe sama a překonání pocitu nedostatečné sebedůvěry (Platznerová, 2009).

Z oblasti psychologie a psychiatrie se diskutuje o nutnosti zapojit adolescenty v rámci cílených preventivních přístupů k nutnosti vyzkoušet si možnosti zátěží a velkého náporu emocí, neboť podle odborníků opadá schopnost adolescentů pracovat se svými emocemi. Zároveň je ověřeno, že prezentovat adolescentům ve větších skupinách formy a metody sebepoškození je účinné pouze krátkodobě nebo vůbec. Shodli se, že adolescenti by měli mít schopnost rozeznat na druhých určité symptomy.

Pomoc a podpora adolescentů, kteří se sebepoškozují, vyžaduje individuální přístup, který zohledňuje jejich celkový stav a potřeby. Tato pomoc obvykle zahrnuje komplexní péči, která zasahuje do oblastí psychické, sociální i biologické (Kriegelová, 2008).

Pro adolescenta, který se sebepoškozuje, je velmi těžké a náročné svůj problém začít řešit, natož myšlenka okamžitého ukončení s aktem působí na jedince velmi stresově až děsivě. Mnoho z adolescentů využívá sebepoškození jako akt, kde mohou utíkat, ze světa, kde jim nikdo nerozumí, kde se cítí osaměle a nepochopeně. Sebepoškozující lidé často balancují na tenké hraně mezi touhou po pomoci a odmítáním jakéhokoliv podpory.

V rámci terapeutických intervencí se často využívá individuální psychoterapie nebo terapie ve skupině. Důležitou součástí léčby je také práce s rodinným prostředím. Rodinná terapie je často preferovanou metodou, která umožňuje identifikovat a řešit primární rodinné problémy, které mohou být spojeny se vznikem sebepoškození. Práce s rodinou je pro mladistvé a adolescenty klíčová v řešení problému se sebepoškozením. Terapie jsou náročné nejenom pro adolescenta, ale i pro rodinu. Ta se může stavět do role, kdy vinu shází na sebe nebo právě naopak. V rámci rodinného prostředí existují určité konflikty, vzorce komunikace nebo chování, které mohou nevědomky přispívat k udržování sebepoškození adolescenta. Prvním krokem při rodinné terapii je identifikace výše zmíněných faktorů, které musí společně pochopit, analyzovat a hledat společnou změnu (Kriegelová, 2009).

Pro adolescenta, který trpí závažným problémem se sebepoškozením by měl být rodič hlavní opora. Rodič by nikdy neměl své dítě soudit ze sebepoškození, neměl by ho ani odsuzovat nebo zlehčovat situaci. Rodič by se měl snažit situaci pochopit, chápat jak a proč se jeho dítě cítí. Dítě by vždycky mělo mít pocit, že se o něj někdo zajímá, otevřená

komunikace v rodině je velmi důležitá. Kromě komunikace mezi generacemi jsou důležité i volnočasové aktivity, které rodina spolu podstupuje. Adolescent by měl cítit ze strany rodičů zájem o jeho koníčky, či další aktivity, které ho naplňují. Může to být procházka po lese, plavání, návštěva kina. Pro jedince v adolescentním věku, kteří trpí na nedostatek sebevědomí, cítí se méně cenní, tak jsou tyto aktivity velmi důležité.

Naopak adolescenti by měli pochopit, kdy zvládnou situaci vyřešit sami, nebo kdy bude potřeba se obrátit na odbornou pomoc, rodinu či vrstevníky. Pro ulevnění se stačí vykřičet, ponadávat si, zavolat si s kamarádem, zajít si na kávu, vrátit se ke svým starým koníčkům nebo věcem, které mě baví. Často se může jednat o malování, poslouchání hudby nebo tanec. Lidé se dokáží uvolnit u sportování, vaření či sledování oblíbeného pořadu.

Adolescenti, kteří se rozhodli vyhledat odbornou pomoc, se většinou obrací s prosbou o pomoc se svými problémy na členy rodiny. To hned nemusí znamenat přímo rodiče, často je jedná o dospělé, se kterými mají nejbližší vztah. Vrstevnické vztahy jsou pro řešení sebepoškození také důležité. Jedinec se může svěřit osobě, které důvěřuje. Školy poskytují možnosti využití sociálních pedagogů, výchovných poradců a školních psychologů.

Pokud se adolescent nechce svěřit nikomu koho zná osobně, tak může využít telefonických linek důvěry, krizových center nebo pedagogicko-psychologické poradny, či se obrátit přímo na psychologa nebo psychoterapeuta.

Linka bezpečí - 116 111

Rodičovská linka - 840 111 234

Linka důvěry Ostrava - 737 267 939

Linka SOS Zlín - 577 431 333

### **2.2.1 Psychoterapie**

Důležité je, aby terapeut a klient spolupracovali na identifikaci specifických faktorů, které přispívají k sebepoškození, a na vytvoření individuálního plánu léčby. Terapeut může také pomoci klientovi vyvinout zvládací strategie pro obtížné situace a poskytnout podporu během procesu změny. Terapie může být doplněna léky, pokud je to vhodné, a v některých případech je také užitečné zapojení rodiny do terapeutického procesu (Platzerová, 2009).

Psychoterapie hraje klíčovou roli v léčbě sebepoškození. Nejčastěji se používají kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a dialektická behaviorální terapie (DBT). Tyto

terapie se zaměřují na identifikaci negativních myšlenkových vzorců a emocí spojených se sebepoškozováním a pomáhají klientovi najít zdravější způsoby, jak se vyrovnávat se stresujícími situacemi a emočními výzvami.

**Dialektická behaviorální terapie** je specificky navržena pro léčbu pacientů s hraniční poruchou osobností v roce 1991 Marshou Linehan. Terapie si zakládá na rovnováze vedením adolescenta k sebezpřijetí, a zároveň se snaží o změnu. Hlavním principem terapie je redukce sebepoškozujícího chování. Terapie se provádí v 7 krocích, které na sebe navazují:

1. Omezení rizikového suicidálního jednání
2. Omezení reakcí, které brání v pokračování terapie
3. Omezení chování, které snižuje kvalitu života
4. Omezení posttraumatických stresových reakcí
5. Zvýšení sebeúcty
6. Naučení se interpersonálním dovednostem
7. Cíle, které si klient sám nastavil

Dialektická behaviorální terapie se skládá z: individuální a skupinové psychoterapie

**Kognitivně-behaviorální terapie** se zaměřuje na identifikaci a změnu destruktivních myšlenkových vzorců a chování, které vedou k sebepoškozování. Větší pozornost je kladena na zážitky z dětství.

**Racionálně – emotivní terapie** pomáhá při problému se zvládnutím emocí. Autor terapie vycházel z přesvědčení, že pocity jsou pod kontrolou myšlení, které dále ovládá emoce. Negativní emoce považuje za běžné, bez kterých nemůže normální člověk pracovat. Negativní emoce je člověk nucen se naučit používat a kontrolovat.

**Terapie zaměřena na řešení problému** se primárně zaměřuje na pomoc pacientům identifikovat a pojmenovat problémy, které jim v životě nastaly. Terapie se snaží klienty naučit dovednostem, které jim usnadní pracování se zátěží a při řešení problému. Terapie se vždy zaměřuje na jeden hlavní problém, který se podle následujících kroků snaží klienta navést na úspěšné vyřešení:

1. Identifikace problému a stanovení cíle
2. Brainstorming



3. Vyhodnocování potenciálních řešení
4. Výběr a realizace jednoho řešení
5. Vyhodnocení úspěšnosti vybraného řešení

**Hypnóza a relaxace** nejsou formy terapie, jedná se o pouhé doplnění léčby. Znamé jsou tři techniky hypnózy a relaxace:

1. **Technika počítání dechů** spočívá v uvedení klienta do transu, následně je veden odborníkem, aby vnímal své dýchání. To vede z klidnění a uvolnění. Klient během transu dýchá hluboce a pomalu, při čemž si počítá nádechy a výdechy
2. **Technika pozitivní imaginace** pojednává o uvedení klienta do transu, kde si vizualizuje sám sebe na klidném místě, kde vykonává svou oblíbenou činnost
3. **Technika afektivního mostu** slouží jako metoda, kdy klient v transu vzpomíná na situace z minulosti, které mu nejsou příjemné. Během transu je totiž klient schopný mluvit o věcech, o kterých v normálních situacích nemluví (Kriegelová, 2008)

### 2.2.2 Farmatekoterapie

Farmakoterapie může být součástí léčby sebepoškozování, zejména pokud jsou přítomny doprovodné duševní poruchy, jako je deprese, úzkostná porucha nebo porucha osobnosti. Některé léky mohou pomoci snížit intenzitu emocí a impulzivity spojené se sebepoškozováním a také mohou zlepšit celkovou psychickou pohodu.

Antidepresiva jsou často předepisována pro lidi trpící depresemi spojenými se sebepoškozováním. Tyto léky mohou pomoci stabilizovat náladu a snížit impulzivní chování. U lidí s poruchami osobnosti, jako je například hraniční porucha osobnosti, může být použito antipsychotik nebo stabilizátorů nálady.

Je však důležité si uvědomit, že farmakoterapie by měla být vždy kombinována s psychoterapií, protože léky samy o sobě nemusí řešit základní příčiny sebepoškozování. Komplexní přístup zahrnující jak farmakoterapii, tak psychoterapii, je obvykle nejúčinnější při léčbě sebepoškozování (Platznerová, 2009).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 DESIGN VÝZKUMU

Obsahem praktické části je výzkum adolescentů a jejich pohled a zkušenosti na sebepoškození. Sebepoškození je společností neustále bráno jako aktuální téma, která se nejčastěji řeší ve spojení s adolescenty (Platznerová, 2009). V bakalářské práci se věnuji a zkoumám příčinami, motivací a způsoby záměrného sebepoškození u studentů střední školy. Zkoumat budu také znalost adolescentů při pomoci vrstevníkům v krizových situacích.

Adolescence je v české terminologii „mládí“, které trvá v rozmezí od 15 do 22 let života jedince. Počátek adolescence je primárně spojován s plnou reprodukční zralostí jedince. Zároveň v tomto období jedinec dokončuje svůj růstový vývoj. Člověk v tomto období nabývá na významu o sebereflexi a seberegulaci. Jedná se tak o přechod mezi dětstvím a dospělostí (Macek, 2003).

S dospíváním je spojena intenzivní emotivita, emoční labilita, snížená sebekontrola a zvýšená náchylnost k rizikovému chování a psychopatologickým procesům (Thorová, 2015). Adolescenti mají větší předpoklady, že se zapojí do rizikového chování, které mohou mít dopad na jejich celý budoucí život (Macek, 2003). Mezi rizikové chování patří například nadměrná konzumace alkoholu, kouření, konzumace lehčích i tvrdších drog, řadí se zde také sexuální projevy a násilné chování (Thorová, 2015).

Podle Armanda R. Favazzy (1999) definice záměrného sebepoškození je přímou a záměrnou destrukcí nebo poškozením vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního záměru. Pojem záměrné sebepoškození není ve světě jednotně ucelen, tak vzniká nespočet definic, které Kriegelová uvedla v knize: *Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci*. Autoři, kteří definovali záměrné sebepoškození (např.: Kreitman, 1997, Sutton 2005 a Winchel, Stanley 1991) se shodují, že sebepoškozující chování je projevem heterogenní skupiny, které zahrnují různé techniky poškození vlastního těla, od kouření, požívání alkoholu, piercingu až po dokonalé pokusy o sebevraždu řezáním se, opařováním se či vpichováním si ostrých předmětů pod kůži.

V praktické části bakalářské práce zkoumám nejen motivaci středoškolských studentů ke sebepoškození, ale také znalosti o její prevenci a samotné léčbě. Podle Suttona (2005) „*Žádné ultimátum nefunguje a neexistují ani žádná rychlá řešení. Skoncování se záměrným sebepoškozením je dlouhodobý proces a rozhodnutí musí vyjít od jedince samotného.*“

Někteří jedinci, kteří si prochází sebepoškozováním mají tendence přestat, ale ví, že to sami nezvládnou. Zároveň se bojí vyhledat odbornou pomoc nebo neví na koho se obrátit. Bojí se, že je budou lidé odsuzovat, posmívat se či zesměšňovat. Pro většinu jedinců je sebepoškozování vysoce intimní záležitostí, o kterou se bojí s kýmkoliv podělit. Často se záměrně sebepoškozující jedinci cítí, tak že se jich nikdo neptá na názor a důvod, proč se poškozují, (Kriegelová, 2008).

### 3.1 Výzkumný problém

V bakalářské práci se zaměřuji na adolescenty ze středních škol, kde sleduji možnosti sociální pedagogiky v pomoci těmto jedincům se záměrným sebepoškozováním.

### 3.2 Výzkumné otázky a cíle

**HVO: Jaké mají znalosti studenti střední školy o záměrném sebepoškozování?**

DVO 1 : Jaké zkušenosti mají studenti střední školy se sebepoškozováním?

DVO 2 : Jaké mají studenti střední školy znalosti o možné léčbě a pomoci ?

DVO 3: Jaký význam připisují studenti střední školy k výskytu sebepoškozování u vrstevníků?

### 3.3 Výzkumný nástroj

Vzhledem ke kvalitativnímu charakteru tématu jsem pro sběr dat zvolila dotazníkové šetření. Sběr dat tímto šetřením je poměrně časově nenáročný a přímočarý. Zároveň u dotazníkového šetření jsou velmi rychle vyhodnotit výsledky analýzy, což je pro mou širokou cílovou skupinu šetření důležitá část. Pro zjištění informací je tedy kvantitativní výzkum ideální. Ovšem podle Punchy (2008) má kvantitativní výzkum i nevýhody, které se týkají přílišné obecnosti a mohou být abstraktní pro přímou aplikaci v daných podmínkách.

Dotazníkové šetření bude vzhledem k tématu anonymní. Otázky v dotazníku budou primárně uzavřené, ale nabízí i přidání vlastní odpovědi respondenta. Otázky budou ze začátku šetření obecné, postupně se skrz dotazník dostanou respondenti k otázkám přímo ohledně sebepoškozování. Při tvorbě dotazníku jsem čerpala především z knihy od Kriegelové - Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci (2008).

Dotazníkové šetření obsahuje šestnáct položek, které jsem rozděleny na tři části. Každá část je zaměřena na jeden výzkumný cíl. První část dotazníku je velmi obecná, otázky jsou na

věk, pohlaví a místo pobytu. Další část navazuje na první výzkumný cíl: Jaké zkušenosti mají studenti střední školy se sebepoškozováním? Zde zjišťuji jaké podvědomí o sebepoškozování studenti mají, popřípadě jaké mají sami zkušenosti. Druhá a třetí část dotazníku se zaměřuje na výzkumné cíle: Jaké mají studenti střední školy znalosti o možné léčbě a pomoci? a Jaký význam připisují studenti střední školy k výskytu sebepoškozování u vrstevníků?

### 3.4 Metoda analýzy dat

Dotazníky byly předány škole k vyplnění v elektronické podobě skrz bezplatnou internetovou stránku Survio. Získám tím přehled všech odpovědí, se kterými budu dále pokračovat při zkoumání odlišných teorií a hypotéz. Tato stránka velmi ulehčuje grafické zpracování získaných odpovědí. Abych zajistila větší návratnost dotazníků, a tím i lepší a konkrétnější výsledky, jsem se rozhodla předat vedení školy i tištěnou verzi dotazníku. Domnívám se, že tímto krokem zajistím větší množství zpětné vazby než uskutečnit sběr dat pouze skrz výše zmíněnou internetovou stránku. Dotazníky, které jsou tištěné jsem se rozhodla osobně přepsat do elektronické stránky Survio, abych zajistila, že informace jsou přepsané správně. Zvolenou střední školu a pedagogy znám velmi dobře, to mi umožňuje lepší komunikaci i koordinaci při získávání zpětné vazby.

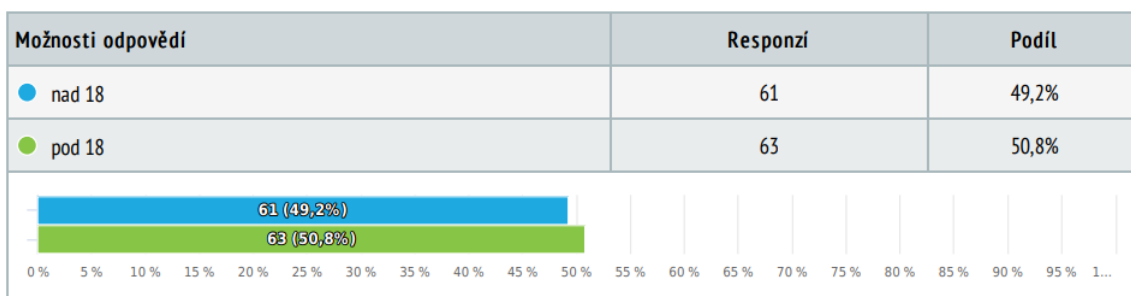
### 3.5 Výzkumný soubor

Pro výzkumné šetření jsem využila dostupný výběr. U dostupného výběru je velká pravděpodobnost silného zkreslení, nevýhodou je, že ho nelze zevšeobecnit na jiné školy a platí jen pro ty konkrétní školy, které se výzkumného šetření zúčastní (Gavora, 2010).

Celkově jsem se s prosbou o vyplnění dotazníkového šetření obrátila na 3 střední školy v Moravskoslezském kraji v okrese Bruntál. Pro výzkum jsem si zvolila menší počet středních škol v určené oblasti, aby byla analýza dat z konkrétní oblasti co nejpřesnější a věrohodná. Dotazníkové šetření bude určeno pro všechny studenty, nezávisle na pohlaví nebo místu trvalého pobytu. Jedinou kategorií, kterou bude muset student splnit je, že bude zapadat do věkové kategorie adolescentů, která je 15 – 22 let. Školy jsem oslovovala skrz emailovou schránku, přes kterou jsem komunikovala především se zástupcem ředitele. Pozitivní zpětnou vazbu jsem dostala od jedné střední školy. Další dvě školy neposkytly po odeslání dotazníků žádnou reakci. Z jediné školy, která se mnou spolupracovala po celou

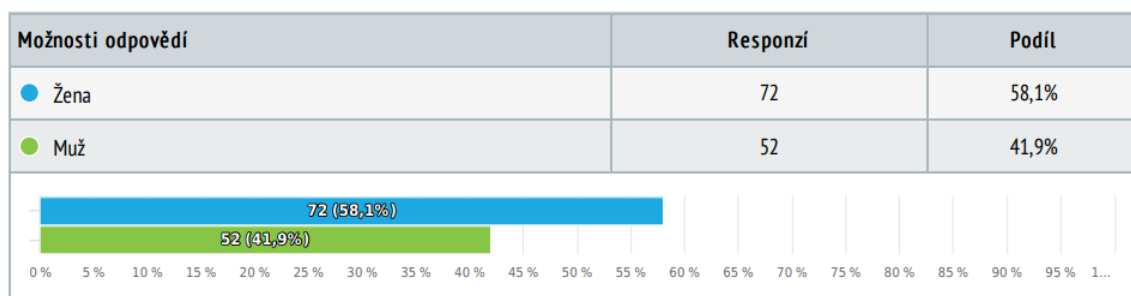
dobu výzkumu, vznikl výzkumný soubor, který sčítá 124 respondentů celkově ze 163 oslovených.

V úvodní části dotazníku se nacházely tři všeobecné otázky na studenta. První otázka se týkala věku. Mé šetření se týká pouze adolescentů na střední škole, takže věk jsem v dotazníku zvolila omezeně na dvě kategorie a to nad 18 let a pod 18 let. Nejvíce respondentů uvedlo věk pod 18 let, a to 63 (50,8 %), zatímco respondenti s věkem nad 18 let zastávali v šetření 61 uvedených odpovědí (49,2 %).



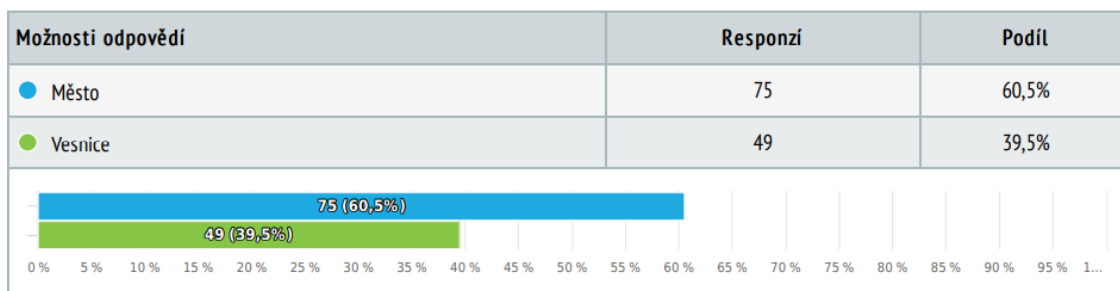
Graf - věk respondentů 1

V druhé úvodní části dotazníku se nacházela otázka ohledně pohlaví respondentů. Na základě vyhodnocení dotazníku jsem zjistila, že mého šetření se zúčastnilo 72 žen (58,1 %) a 52 mužů (41,9 %).



Graf - pohlaví respondentů 1

Třetí otázka byla zaměřena na pobyt studentů. Zkoumala jsem, jestli více respondentů pochází ze města či vesnice. Větší část adolescentů (60,5 %), tedy 75, uvedlo že jsou z města. Z vesnice pochází 49 respondentů (39,5 %).



Graf - místo pobytu 1

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této kapitole budu analyzovat výsledky získané z dotazníkového šetření. V první části, kterou budu analyzovat se nachází všeobecné otázky ohledně sebepoškozování. Snažím se zjistit úroveň znalostí a přehledu o pojmu sebepoškozování, a s tím spojenými formami projevu u mladistvých. Druhá část je zaměřena na konkrétní případy respondentů. Jedná se o jejich osobní zkušenosti se sebepoškozováním. Respondentům jsou kladeny otázky zda se někdy sám sebepoškozoval, či jestli zná osobu, která má se sebepoškozováním zkušenost. Zkoumám také přístup vrstevníků k výskytu sebepoškozování a jejich reakce. Poslední část dotazníku je věnování prevenci, léčbě a pomoci lidem, kteří přemýšlí o sebepoškozování nebo o jedincích, kteří si tímto aktem prochází.

### 4.1 Znalosti a přehled o sebepoškozování

V této kapitole popisují data, týkající se odpovědí studentů na obecné znalosti, projevy a formy sebepoškozování.

**Otázka číslo 1** v dotazníku zjišťuje jaké jsou podle respondentů nejčastější způsoby sebepoškozování. Po vyhodnocení se ukázalo, že 75 % studentů se domnívá, že mezi nejčastěji využívané projevy patří sebeřezání. Často to byly projevy, které se týkají ostrých předmětů. Na pomyslném druhém a třetím místě se umístilo silné „sebetlučení“ za účelem si vyvolat modřiny nebo zlomeniny (64,5 %) a sebeopařování se (59,7 %).

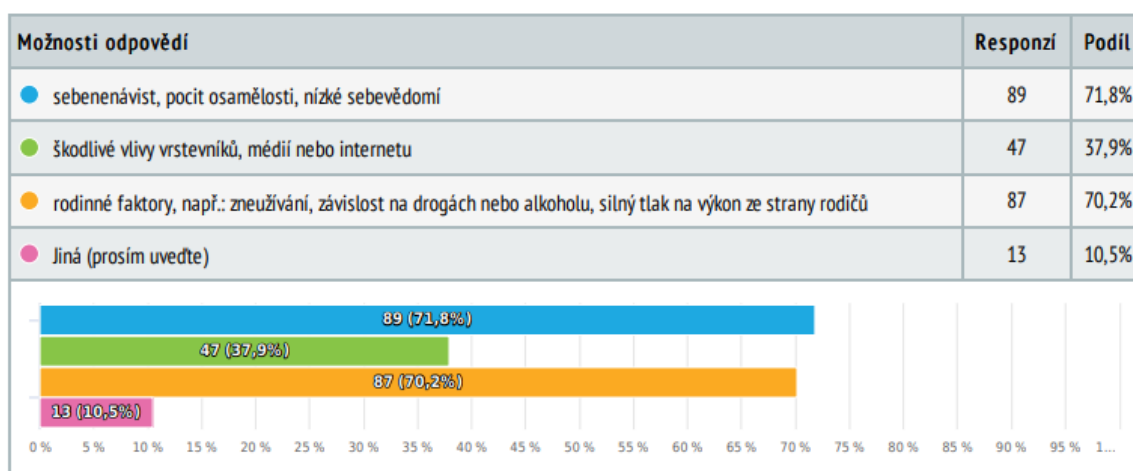
Naopak nejvíce studentů nepovažuje za sebepoškozování škrábání se (34,7 %), vytrhávání si vlasů, řas a obočí (37,1 %) a kousání si do vnitřní strany úst (29,8 %).

Možnosti odpovědí	Responzi	Podíl
● sebeopařování se	74	59,7%
● sebeřezání se a vyřezávání nápisů a symbolů	93	75,0%
● škrábání se	43	34,7%
● sebekousání	46	37,1%
● kousání do vnitřních tkání úst	37	29,8%
● propichování si kůže	45	36,3%
● drásání si ran, narušování jejich léčebného procesu	47	37,9%
● vytrhávání si vlasů, řas a obočí	46	37,1%
● silné "sebetlučení" za účelem vytvořit si modřiny, podlitiny a zlomeniny	80	64,5%
● svazování si krku, rukou, nohou za účelem zabránění průtoku krve	68	54,8%
● použití malého množství toxické látky bez záměru zemřít	72	58,1%
● umístování ostrých předmětů pod kůži	50	40,3%

Graf - projevy sebepoškozování 1

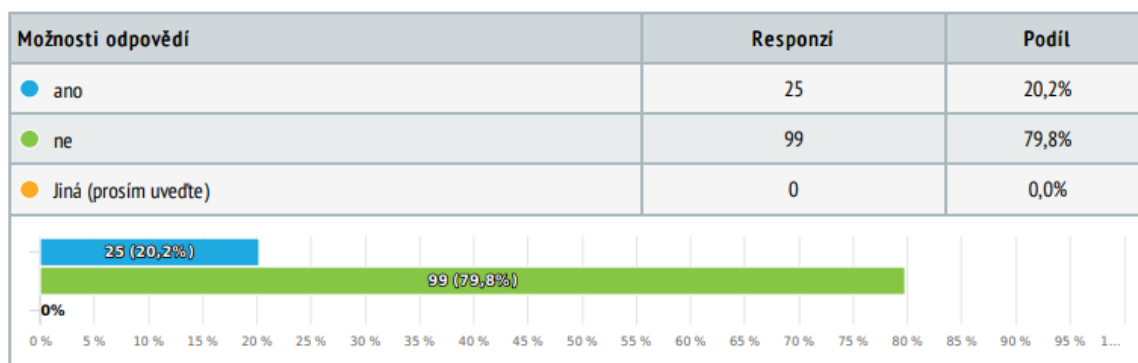


**Otázka číslo 2** se táže studentů s čím si myslí, že je sebepoškození spojováno. Většina respondentů (89), tedy 71,8 % uvedla, že sebenenávist, pocit osamělosti a nízké sebevědomí jsou nejčastější příčiny sebepoškození. Na druhém místě se 70,8 %, tedy 87 respondenty, skončily rodinné faktory mezi které patří zneužívání, závislost na drogách nebo alkoholu a silný tlak na výkon ze strany rodičů. Nejmenší vliv, se 37,9 %, podle respondentů na sebepoškození mají vlivy vrstevníků, médií a nebo internetu. V tištěné verzi dotazníku uvedlo 13 respondentů jako možnou příčinu počátku sebepoškození šikanu.



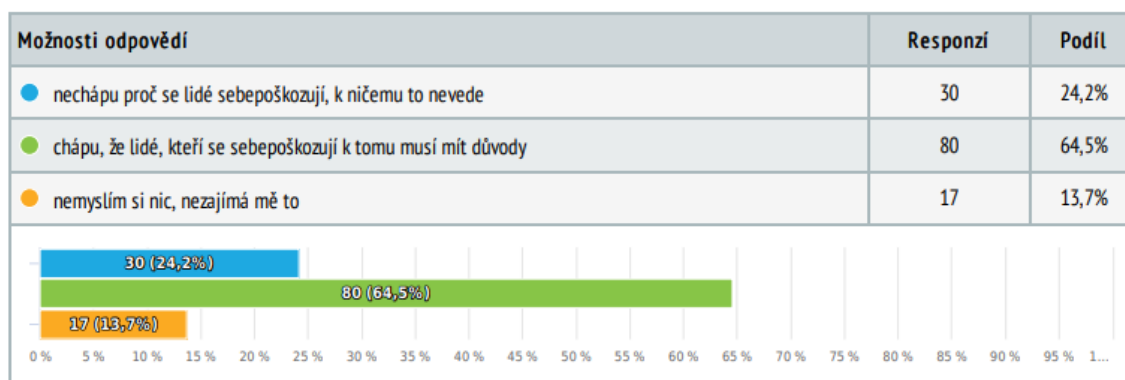
Graf - příčiny sebepoškození 1

**Otázka číslo 3** se táže respondentů, zda se někdy setkali s osobou, která se sebepoškozuje. Z grafu můžeme vyčíst, že drtivá většina respondentů (79,8 %) se za svůj život nikdy nesesetkala s osobou, která by se sebepoškozovala. Zkušenosti se sebepoškozením v okolí má 20,2 % tázaných, tedy 25 jedinců.



Graf - sebepoškození v okolí 1

**Otázka číslo 4** zkoumá pohledy respondentů na začátky sebepoškozování. Snaží se zjistit, jaké sebepoškozování má vliv na respondenty. Jestli situaci berou vážně, či jedince, kteří se sebepoškozují neberou vážně nebo zlehčují situaci. Pochopení pro jedince, kteří si prochází sebepoškozováním má 80 respondentů (64,5 %), 30 (24,2 %) respondentů se domnívá, že sebepoškozování není řešení problému, nechápu proč se jedinci sebepoškozují místo rozumného řešení problému. Respondentů, kteří nemají na situaci názor nebo je nezajímá je 17, tedy 13,7 %.

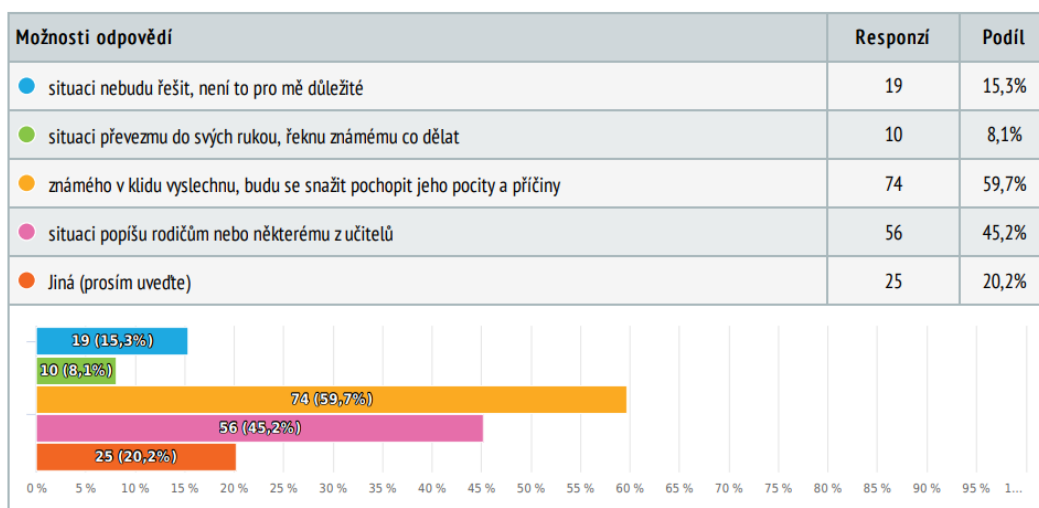


Graf - pohled na sebepoškozování 1

## 4.2 Zkušenosti se sebepoškozováním

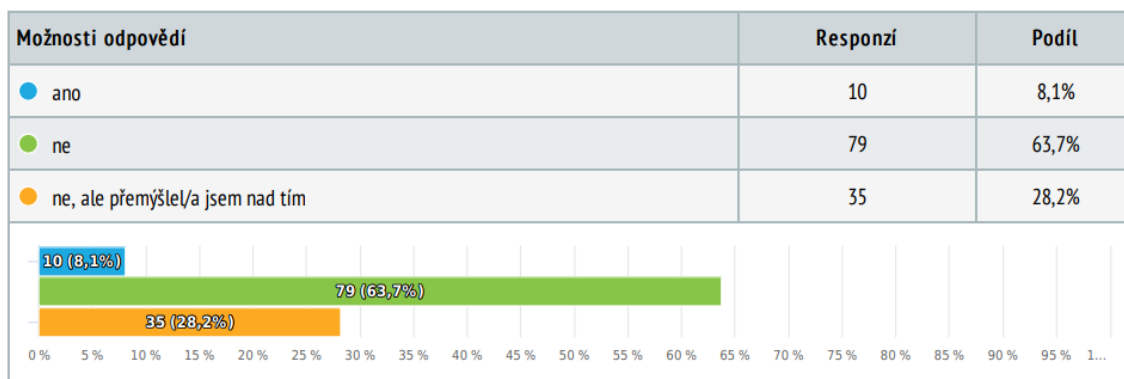
V druhé části kapitoly se zaměřím na zkoumání zkušeností se sebepoškozováním. Respondentů jsem se tázala na otázky ohledně jejich osobních zkušeností nebo zkušeností okolí.

**Otázka číslo 1** se snaží analyzovat chování respondenta, kdyby zjistil, že se jedinec v okolí sebepoškozuje. Nejčastěji zmiňovanou odpovědí bylo u 74 (59,7 %) respondentů snaha o vyslechnutí problému, příčin a motivace oběti sebepoškozování za pochopením jeho chování bez odsuzování. Na druhé straně se nachází varianta, že situaci respondent nebude nijak řešit ani vnímat. Tuto odpověď zvolilo 19 (15,3 %) respondentů. Situaci do svých rukou, kdy se o jedince postarají respondenti sami zvolilo 10 dotazovaných, tedy 8,1 %. Možnost, že respondent situaci popíše rodičům nebo pedagogům zvolilo 56 (45,2 %). V tištěných dotaznících zvolilo 25 (20,2 %) respondentů kolonku jiné, kde respondenti zmiňovali odkázání sebepoškozujícího se jedince na odbornou pomoc – linku důvěry, výchovné poradce, psychologa, sociálního pedagoga, atd.



Graf - reakce na sebepoškození 1

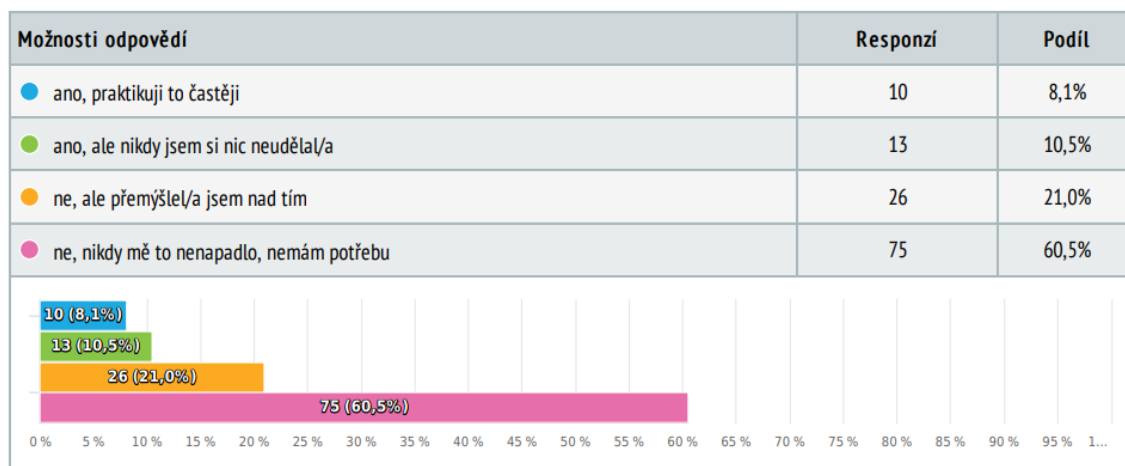
**Otázka číslo 2** byla směřování na osobní zkušenosti se sebepoškozením u respondentů. Dotazovaná většina 79 (63,7 %) se nikdy se sebepoškozením nesešla, ani nad aktem nepřemýšlela. Nad otázkou možného úniku před problémy skrz sebepoškození se zamýšlelo během života 35 (28,2 %) respondentů. Naopak se sebepoškozením má zkušenost 10 (8,1 %) jedinců.



Graf - vlastní zkušenost s aktem 1

**Otázka číslo 3** se táže, jestli respondent někdy pocítil, že jeho stres, úzkost, trauma či bolest bude ventilovat skrz sebepoškození. Největší zastoupení má s počtem 75 (60,5 %) respondentů odpověď, kde zmiňují, že nikdy nepřemýšleli nad sebepoškozením, jelikož necítí potřebu vykonat akt. Druhá nejpočetnější skupina respondentů uvedla, že se nikdy nesebepoškozovala, ale minimálně jednou nad tím přemýšlela, skupinu tvoří 26 (21,0 %)

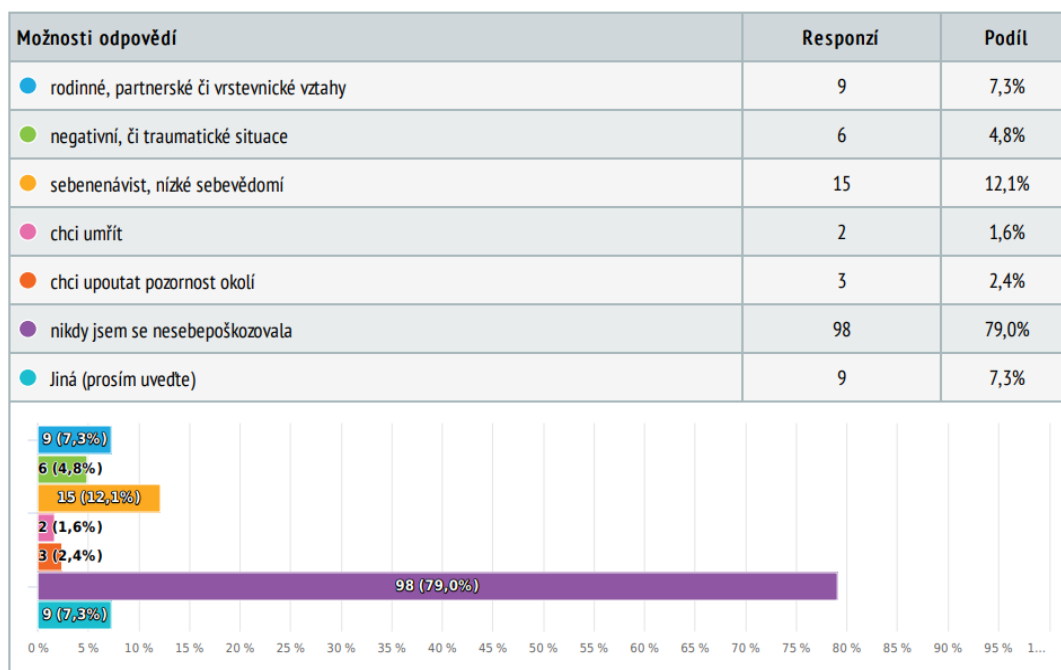
respondentů. Respondentů, kteří přemýšleli nad ventilací emocí skrz sebepoškození, ale nikdy se nerozhodli tak učinit je 13 (10,5 %). Jedinců, kteří se minimálně jednou uchýlili ke sebepoškození je podle průzkumu 10 (8,1%).



Graf - ventilace pocitů 1

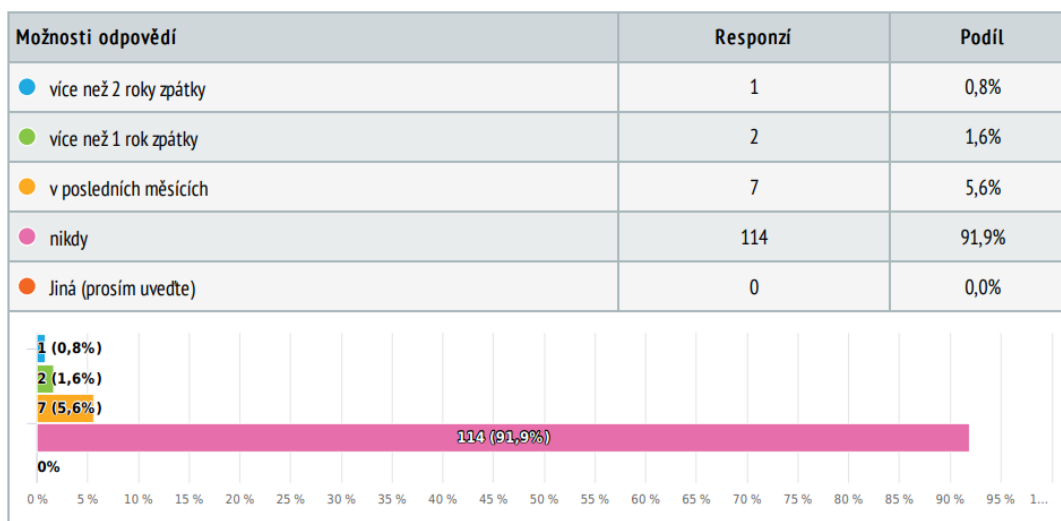
**Otázka číslo 4** zkoumá rozhodnutí a motivace studentů k sebepoškození. Díky mé chybě ve tvorbě online dotazníkového šetření, jsem musela do výsledků uvést i procento lidí, kteří nemají žádné zkušenosti se sebepoškozením. Odpověď nikdy jsem se nesebepoškozoval zvolilo 98 (79 %) respondentů. Sebenávist zvolilo 15 (12,1 %) respondentů. Rodinné, vrstevnické či partnerské vztahy zvolilo 9 (7,3 %) respondentů jako hlavní motivaci ke sebepoškození. Negativní, traumatické situace byly se 6 (4,8 %) respondenty zařazeny na třetí místo v motivaci ke sebepoškození. Ukončení života zvolili 2 (1,6 %) respondenti a chtít upoutat pozornost zvolili 3 (2,4 %) respondenti jako motivaci. Ve volné odpovědi, pod kolonkou jiné, se 9 (7,3 %) respondentů rozhodlo uvést šikanu jako další z motivačních faktorů ke sebepoškození.

V této otázce byla zvolena možnost více odpovědí, proto na grafu můžeme sledovat, že počet respondentů neodpovídá celkovému počtu dotazovaných. Pro jednotlivce, kteří si prochází těžším obdobím může mít motivace k sebepoškození více než jedno spektrum.



Graf - motivace ke sebepoškozování 1

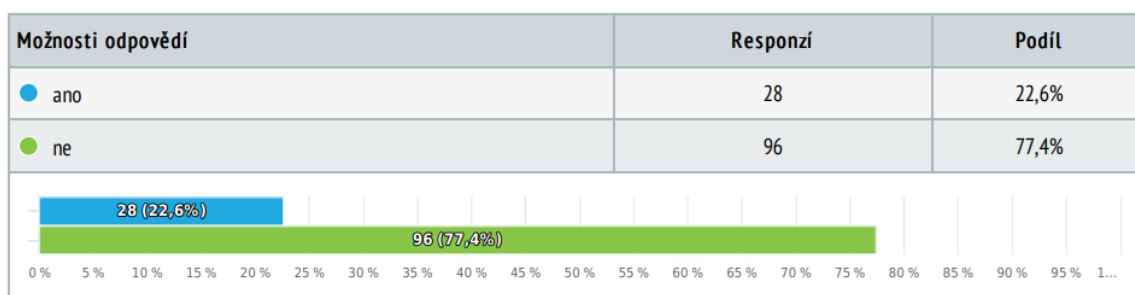
**Otázka číslo 5** zjišťuje časové úseky lidí, kteří si prochází sebepoškozováním. Jako v předchozím grafu měli možnost vyplnit tuto sekci jedinci, které se téma délky sebepoškozování netýká, a to v celkovém počtu 114 (91,9 %) respondentů. Nejvíce respondentů se začalo sebepoškozovat v posledních měsících – 7 (5,6 %). Více než rok zpátky se začali sebepoškozovat 2 respondenti (1,6 %) a v delším časovém úseku dvou let máme záznam o 1 (0,8 %) respondentovi.



Graf - začátek sebepoškozování 1

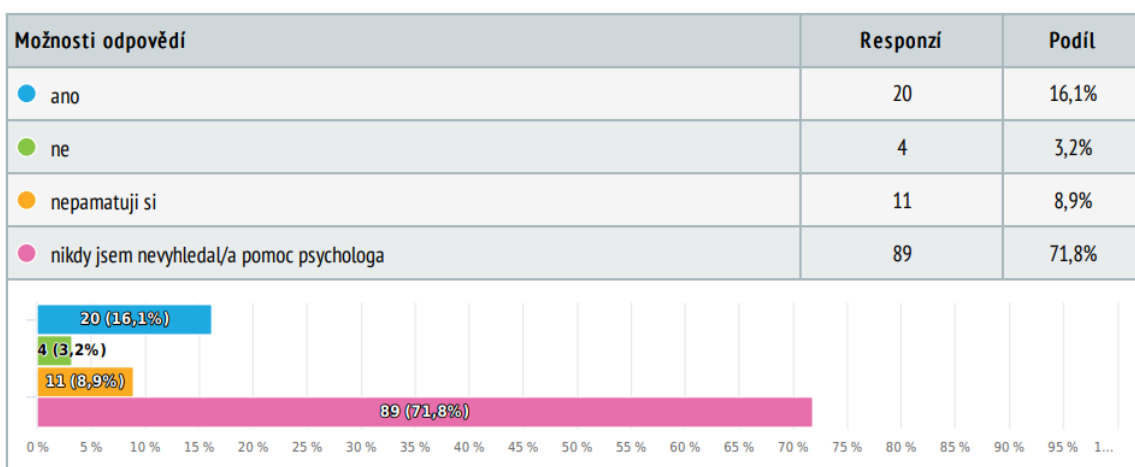
Na otázku co Vám sebepoškozování přináší jsem nedostala žádnou odpověď. Otázka byla otevřená, toto považuji za mnou chybu. Měla jsme spíše volit otázku uzavřenou, kde bych vypsala více možností, které jsou podle teorie považovány za jedny z častých důvodů k sebepoškozování.

**Otázka číslo 6** se váže k tématu prevence a léčby sebepoškozování. Ze všech 124 respondentů se 96 (77,4 %) nikdy nezúčastnilo žádné terapie nebo nevyhledalo odbornou pomoc. Naopak 28 (22,6 %) dotazovaných uvedlo, že se v minulosti setkali s odborníky.



Graf - návštěva psychologa 1

**Otázka číslo 7** se zaměřovala na primárně na respondenty, kteří v minulosti vyhledali odbornou pomoc. Otázka byla zaměřena na spokojenost služeb, které jim odborník nabízel. Součástí otázky byl pomoc, zda se cítí pochopeni. Pozitivní odpovědi se dostavilo od 20 (16,1 %) respondentů. Druhá strana grafu zobrazovala nespokojenosti se službou odborníků, kde se negativní reakce objevily u 4 (3,2 %) respondentů. Nepamatují si uvedlo 11 (8,9 %) respondentů.



Graf - pocity z odb. pomoci 1

## ZÁVĚR

V závěrečné části této bakalářské práce jsme reflektovali nad rozmanitostí a závažností fenoménu sebepoškozování, který představuje závažný problém duševního zdraví a pohody jednotlivce. Naše analýza ukázala, že sebepoškozování není pouze jednorozměrným chováním, nýbrž komplexním jevem, který je ovlivněn mnoha faktory.

Přestože existuje řada teorií a přístupů k vysvětlení motivací za sebepoškozováním, stále je třeba rozšířit naše porozumění a vyvinout efektivnější intervence. Navrhují, aby budoucí výzkumy nejen zdůrazňovaly individuální faktory spojené se sebepoškozováním, ale také zkoumaly sociální kontext a strukturální determinanty, které mohou hrát klíčovou roli v jeho vzniku a udržování.

Z výsledků výzkumu plyne, že problematika sebepoškozování přetrvává jako aktuální téma nejen mezi adolescenty. Je nezbytné, abychom jako společnost přijali odpovědnost za podporu těch, kteří trpí touto problematikou, a pracovali společně na vytváření prostředí, které podporuje duševní zdraví a pohodu všech jejích členů.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- (1) BLATNÝ, Marek, 2017. Psychologie celoživotního vývoje. 1. Karolinum. ISBN 978-80-246-3462-3.
- (2) GAVORA, Petr, 2010. Úvod do pedagogického výzkumu. 2. Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
- (3) CHRÁSKA, Miroslav, 2016. Metody pedagogického výzkumu. 2. Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.
- (4) JEDLIČKA A KOLEKTIV, Richard, 2015. Poruchy socializace u dětí a dospívajících. 1. Grada. ISBN 978-80-247-5447-5.
- (5) KRIEGELOVÁ, Marie, 2008. Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2333-4.
- (6) LACINOVÁ A SPOL., Lenka. Zátěž v adolescenci. 1. Masarykova Univerzita. ISBN 978-80-210-6042-5.
- (7) Linka Bezpečí, 2024. Online. Linka bezpečí. Dostupné z: <https://www.linkabezpeci.cz/>. [cit. 2024-04-22].
- (8) MACEK, Petr, 2003. Adolescence. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7178-747-7.
- (9) Metodická doporučení a metodické pokyny, 2024. Online. MŠMT ČR. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>. [cit. 2024-04-22].
- (10) NIELSEN SOBOTKOVÁ A SPOL., Veronika, 2014. Rizikové a antisociální chování v adolescenci. Grada. ISBN 978-80-247-4042-3.
- (11) Pedagogicko-psychologická poradna Plzeň, 2014. Online. MARTANOVÁ. Pedagogicko-psychologická poradna Plzeň. Dostupné z: <https://www.pepor-plzen.cz/primarni-prevence/primarni-prevence>. [cit. 2024-04-22].
- (12) PLATZNEROVÁ, Andrea, 2009. Sebepoškozování. Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-606-9.
- (13) Problémy se sebepoškozováním, 2013. Online. MACHKOVÁ, Alexandra Machková. Šance dětem. 2023. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/problemy-se-sebeposkozovanim>. [cit. 2024-04-02].
- (14) Sebepoškozování, 2022. Online. Adicare. Dostupné z: <https://adicare.cz/sluzby/psychoterapie-pro-mladez/sebeposkozovani/>. [cit. 2024-04-22].



- (15) Sebeпоškozování. Online. KAŠÁKOVÁ, Eva. Nepanikař. Dostupné z: <https://nepanikar.eu/sebeпоškozovani-co-to-vlastne-je/>. [cit. 2024-04-22].
- (16) THOROVÁ, Kateřina, 2015. Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí po smrt. Praha: Portál. ISBN 987-80-262-0714-6.
- (17) VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří. 1. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 – věk respondentů	38
Graf 2 – pohlaví respondentů	38
Graf 3 – místo pobytu	39
Graf 4 – projevy sebepoškozování	40
Graf 5 – příčiny sebepoškozování	41
Graf 6 – sebepoškozování v okolí	41
Graf 7 – pohled na sebepoškozování	42
Graf 8 – reakce na sebepoškozování	43
Graf 9 – vlastní zkušenost s aktem	43
Graf 10 – ventilace problémů	44
Graf 11 – motivace ke sebepoškozování	45
Graf 12 – začátek sebepoškozování	45
Graf 13 – návštěva psychologa	46
Graf 14 – pocity z odborné pomoci	46

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

## **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK**

Dobrý den, jmenuji se Michaela Štamborská a jsem studentkou univerzity Tomáše Bati ve Zlíně v oboru Sociální pedagogika. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako podklad k praktické části bakalářské práce, kterou píší na téma sebepoškozování. Děkuji za pravdivé odpovědi.

### **1. Kolik Vám je let?**

- a. nad 18 let
- b. pod 18 let

### **2. Pohlaví:**

- a. žena
- b. muž

### **3. Jste z města nebo vesnice?**

- a. město
- b. vesnice

### **4. Co považujete za sebepoškozování?**

- a. sebeopařování se
- b. sebeřezání se a vyřezávání nápisů a symbolů
- c. škrábání se
- d. sebekousání
- e. kousání se do vnitřních tkání úst
- f. propichování si kůže
- g. drásání si ran, narušování jejich léčebného procesu
- h. vytrhávání si vlasů, řas a obočí
- i. silné „sebetlučení“ za účelem vytvořit si modřiny, podlitiny a zlomeniny
- j. svazování si krku, rukou, nohou za účelem zabránění průtoku krve
- k. požití malého množství toxické látky bez záměru zemřít
- l. umístování ostrých předmětů pod kůži
- m. jiné:

### **5. S čím si myslíte, že je sebepoškozování spojováno?**

- a. sebenenávisť, pocit osamělosti, nízké sebevědomí
- b. škodlivé vlivy vrstevníků, médií nebo internetu
- c. rodinné faktory, např. zneužívání, závislost na drogách nebo alkoholu, silný tlak na výkon ze strany rodičů
- d. jiné:

### **6. Setkali jste se v okolí s člověkem, který se sebepoškozoval?**

- a. ano
- b. ne

### **7. Jaký máte názor na lidi, kteří se sebepoškozují?**

- a. nechápu proč se lidé sebepoškozují, k ničemu to nevede

- b. chápu, že lidé, kteří se sebepoškozují k tomu musí mít důvody
- c. nemyslím si vůbec nic, nezajímá mě to

**8. Jak byste se zachovali, kdybyste zjistili, že se známý sebepoškozuje?**

- a. situaci nebudu řešit, není to pro mě důležité
- b. situaci převzmu do svých rukou, řeknu známému co má dělat
- c. známého v klidu vyslechnu, budu se snažit pochopit jeho pocity a příčiny
- d. situaci popíšu rodičům nebo některému z učitelů
- e. jiné:

**9. Bylo vám někdy tak hrozně, že jste bolest potřebovali ventilovat skrz sebepoškozování?**

- a. ano, praktikuji to častěji
- b. ano, ale nikdy jsem si nic neudělal/a
- c. ne, ale přemýšlel/a jsem nad tím
- d. ne, nikdy mě to nenapadlo, nemám potřebu

**10. Sebepoškozoval jste se někdy?**

- a. ano
- b. ne
- c. ne, ale přemýšlel/a jsem nad tím

**11. Co Vás vedlo k rozhodnutí se začít sebepoškozovat?**

- a. rodinné, partnerské či vrstevnické vztahy
- b. negativní či traumatické situace
- c. sebenenávist, nízké sebevědomí
- d. chci umřít
- e. chci upoutat pozornost okolí
- f. nesebepoškozují se
- g. jiné:

**12. Kdy jste začal/a se sebepoškozováním?**

- a. více než před 2 roky zpátky
- b. více než rok zpátky
- c. v posledních měsících
- d. nikdy

**13. Co Vám sebepoškozování přináší?**

- a.

**14. Vyhledávali jste někdy odbornou pomoc? Linku důvěry, psychologické poradny či lékaře?**

- a. ano, pravidelně
- b. ano, jednorázově
- c. ne, obávám se odsuzování
- d. ne, nepřemýšlel/a jsem nad tím

**15. Byl/a jste někdy v průběhu života na ambulantním lůžku nebo na sezení u psychologa?**

- a. ano
- b. ne

**16. Pokud jste se někdy potkal s psychologem, měl jste pocit, že Vás chápe a snaží se pomoci a neodsuzuje Vás?**

- a. ano
- b. ne
- c. nepamatuji si