

PROČ SE DOSPÍVAJÍCÍ SEBEPOŠKOZUJÍ?

MUDr. Magdalena Ryšánková

Dětská psychiatrická ambulance, Praha

Článek je zaměřen na nejčastější typ sebepoškození u současné adolescentní populace, na tzv. impulzivní typ, jehož výskyt v posledních desetiletích stoupá (u běžné adolescentní populace 14–39 %, u klinické adolescentní populace 40–61 %). Má funkci seberegulačního mechanismu při nadlimitní emoční zátěži (hněv, úzkost, smutek) nebo u disociativních stavů. Žádný z jeho běžných způsobů nebývá přímou příčinou těžšího poranění či smrti, ale vzhledem k časté komorbiditě se závažnějšími psychickými poruchami je důležité odlišit sebepoškození s nízkým rizikem ohrožení života od sebepoškození s rizikem vysokým. Popsány jsou souvislosti s biologickými dispozicemi a s nepříznivými vývojovými, popř. traumatickými událostmi. Podrobně jsou rozebrány možnosti a doporučení pro lékaře první linie.

Klíčová slova: impulzivní sebepoškození, adolescence.

WHY TEENAGERS HARM THEMSELVES?

Prevalence of the self injurious behavior (SIB) in adolescence has been on rise in the past several decades. It has been estimated between 14–39 % among common and 40–61 % among clinical adolescent population. Impulsive SIB as a primitive coping strategy (against emotional flooding or dissociation) is the most frequent type. The most common ways of self injuries represent minor suicidal risk, comorbid psychiatric disturbances are however associated with much higher risk. Biological vulnerability, types of attachment and traumatic life events concerning the impulsive type of self injurious behavior is stressed. Cues for an assessment of the suicidal risk are offered and further steps are recommended.

Key words: self injurious behavior, impulsive type, adolescence.

Pediatr. pro Praxi 2008; 9(6): 383–387

Sebeпоškození (Self Injurious Behavior, SIB) je fenomén, který na první pohled překračuje hranice běžného lidského chápání a racionality. V posledních 20 letech je udáván jeho nárůst až od 250 % a bývá nazýván „novou patologií současnosti“. Tento nárůst významně souvisí s tzv. impulzivním typem sebepoškození (20) a tomu je věnována podstatná část textu. Ostatní typy uvádím pouze výčtem. Dle klasického dělení Simeona a Favazzy (20) jde o stereotypní sebepoškození (typické u MR, autismu, některých metabolických poruch a genetických syndromů), automutilaci, jinak též „major SIB“ (typicky u psychóz) a o impulzivní typ sebepoškození (u nutkavých poruch, popř. Touretteova syndromu).

Výskyt impulzivního sebepoškození

Impulzivní sebepoškození se typicky poprvé objevuje během adolescence (event. pre-adolescence) a může pokračovat dalších 10–15 let, výjimečně i déle. Dle retrospektivní studie z roku 2002 datovalo první epizodu sebepoškození 85 % z více než dvou tisíců VŠ studentů do období mezi svým 10.–20. rokem (18) a souvislost s adolescencí vyplývá i z dalších studií. U **běžné adolescentní populace je v současné době udáván výskyt mezi 14–39 %**, u klinické adolescentní populace dokonce mezi 40–61 %. U dospělých je publikovaná prevalence podstatně nižší: 4 % v běžné dospělé populaci a 21 % u dospělé klinické populace (15). Ještě v roce 1983 udávali Pattison a Kahan pouze 400 z 100 000 (0,004) (16).

Definice

Proč tomu tak je a co danému jedinci sebeпоškození přináší, je částečně reflektováno následujícími definicemi: „**Impulzivní sebepoškození představuje záměrné poranění vlastního těla s úmyslem zredukovat psychické napětí, a to způsobem v dané kultuře nepřijatelným, s nízkou letalitou.**“ „**Jde o úmyslné narušení vlastní tělesné integrity bez vědomé suicidální motivace.**“ (25). Proč se s psychickými problémy nemohou dospívající (a v menší míře dospělí) v dané chvíli vypořádat jinak, je z definic velmi těžko pochopitelné a částečně se k tomu snažím přiblížit v tomto textu.

Kontext a terminologie

Adolescence se svými nároky na separaci a individuaci akcentuje potřebu otevřeného vymezení se od okolí a nutnost otevřeného vyjádření. Dlouhodobě utvářené vnitřní konflikty (spolu s aktuálními) se mohou v této situaci vědomě či nevědomě zrcadlit v podobě různých symptomů. Impulzivní sebepoškození lze v tomto kontextu chápat jako symptom, kterým dochází k externalizaci a vyjádření pocitů či prožitků, které dospívající neumí nebo nemohou v dané chvíli vyjádřit jinak. Někteří si nesou z minulosti zkušenost traumatu, u některých k tomu dochází z jiných důvodů. Společným jmenovatelem je pocit, že jim dospělí nerozumí, že o jejich vnitřní svět a potřeby nedbají, a silný pocit bezmoci v možnosti ovlivnit běh svého života. Někteří se proto cítí být v pasti, z níž není východiska.

Název „impulzivní“ sebepoškození vychází ze zjištění, že 70 % sebepoškozujících nemá nad svým

aktem kontrolu (2), 78 % se rozhoduje během krátkého momentu (10) a 15 % se rozhoduje v během cca 1 h před aktem (9).

Pokud se dospívajících zeptáte, proč si ubližují, často odpoví „nevím, prostě tak, musím“ a neradi o tom mluví. Na subjektivní důvody sebezraňování se 243 respondentů dotazovali v roce 2003 Warm, Murray a Fox (27) a jejich zjištění odpovídá výsledkům jiných podobných studií i klinických zkušeností. 96,7 % dotazovaných uvádí potřebu vyjádření psychické bolesti, 89,6 % způsob, jak vyjádřit hněv, 87,6 % způsob k udržení sebekontroly. Jde tedy o obranný mechanismus. Většina z respondentů nezatrhla mezi nabízenými variantami cestu k upoutání pozornosti, v literatuře se podíl takto motivovaných udává kolem 4 % (13).

Vztah impulzivního sebepoškození a suicidia

Při setkání s člověkem pořezaným např. na předloktí většinu z nás ihned napadne, že jde o sebevražedný pokus, buď skutečný, nebo „demonstrativní“. Výzkumy i přímá práce s klienty přinášejí jiná zjištění. Vzhledem k tomu, že nejčastějším způsobem impulzivního typu sebepoškození bývá pořezení, poškrábání a popálení se na horních končetinách (typicky na předloktí), méně na dolních končetinách či jinde na těle, nestávají se přímou příčinou závažného poranění či smrti. Dle statistiky Centre for Disease Control and Prevention z roku 2002 (4) užije v USA 99,6 % adolescentů k dokonání suicidia jinou metodu než pořezení. Výjimkou může být takto

věto jednání např. pod vlivem psychoaktivních látek (se zúžením vědomí a s redukcí fyzické bolesti).

V dlouhodobých prospektivních studiích nebylo impulzivní sebepoškození samo o sobě shledáno jako prediktor budoucího suicidia a autoři zdůrazňují rozdílné povahy obou aktů. Sebeпоškozující jednání však často vidíme komorbidně se závažnějšími psychickými poruchami, jako jsou deprese, úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha, poruchy příjmu potravy, a především u disharmonického vývoje směřujícího k poruše osobnosti (nejčastěji hraniční nebo disociální). V těchto případech je nutné přednostně řešit převažující zdravotní rizika včetně rizika sebevražedného pokusu (viz níže). U určité podskupiny psychiatrické klientely je tendence k impulzivním suicidiím a k sebeпоškození přímo diagnostickým kritériem. Jde o těžké poruchy osobnosti (hraniční typ), kde je koexistence sebeпоškození a suicidií spíše pravidlem než výjimkou. Sebevražedné myšlenky (popř. tendence či akty) u sebeпоškozujících se osob byly Gardnerem (12) zachyceny u 28–41 % případů, Stone a jiní uvádějí poměr cca 1:2 pro samostatné sebeпоškození vůči sebeпоškození se suicidálními tendencemi.

Psychický diskomfort „typický“ impulzivní sebeпоškozující se osoby bývá intermitentní (jde o klasické přechodné „propady nálady“), kdy poranění (např. pořezení se) vede k rychlé redukci či k úplné úlevě tenze (a průvodních emocí), s pocitem možnosti kontroly, kterou tyto osoby ve svém životě typicky postrádají. Naopak u suicidálního ohrožení prožívají mladí lidé trvalou, nesnesitelnou psychickou bolest s pocitem beznaděje, od kterých se snaží navždy uniknout. Ocítají se v tzv. suicidální krizi s průvodním kognitivním a emočním zkrácením reality (zúžením vědomí až „tunelovým viděním“). Alarmující mj. bývá, když adolescent referuje, že mu poranění již nepřináší úlevu, a nebo jejich výrazně zvýšená četnost. K realizaci suicidia v tomto věku často přispívá akutní intoxikace alkoholem či jinými látkami.

Suiciem se daný jedinec snaží zbavit chronické psychické bolesti a své vědomí (uvědomování) jednou provždy ukončit. Impulzivním sebeпоškozením se naproti tomu snaží vědomí (uvědomování) modifikovat.

Vzhledem k tomu, že ani zkušený klinický psychiatr nevlastní patent na stoprocentní vyloučení rizika suicidia, je nutné vždy brát následující vodítka (ač vycházejí z praxe a jsou dobře propracovaná) pouze jako orientační.

U vysoce impulzivních typů osob (většinou u osob s hraniční strukturou osobnosti) nebo v případě intoxikace není výše zmíněné rozdělení v praxi použitelné.

Psychologická funkce impulzivního sebeпоškození

„Sebeпоškození není o ukončení života, ale o zmírnění psychického stresu. Je často sice sebedestruktivním, ale podivně funkčním adaptačním mechanismem.“ (26)

Nock a Prinstein (15) popisují sebeпоškození na základě aplikace teorie učení jako regulační mechanismus, který slouží **1. k zastavení určité emoce**, tj. k rychlé a krátkodobé úlevě od nepříjemných emočních stavů, nejčastěji od **zlosti, úzkosti, studu, tenze až paniky**, nebo **2. k umožnění „pocítovat alespoň něco“**, jako tomu bývá u **disociativních stavů** s myšlenkovou či emoční prázdnotou, např. u tzv. depersonalizace a derealizace. To jsou velmi nepříjemné pocity **„odcizení, odstupu, izolace“** (od vlastních prožitků, myšlenek nebo od okolního světa), které u člověka přetrvávají jako evolučně starý, výhodný neuronální mechanismus odpovědi sloužící ke zpracovávání extrémně ohrožujících situací.

Psychický stres bývá vnímán nejsilněji při skutečném (objektivním) nebo předpokládaném (subjektivním) strachu z hroziícího opuštění, ztráty vztahu, odmítnutí (20). Mezi průvodními emocemi hraje významnou roli psychická **bolest** (z opuštění, odmítnutí, zklamání) a **hněv** – jednak na sebe („protože vztah nedokáži udržet“), jednak na druhého (protože opouští).

Psychologické funkce impulzivního sebeпоškození se často kombinují a prolínají. Jak již bylo zmíněno, má tento akt významný emočně re-

gulační význam. Někdy přináší uvolnění podobně „jako sexuální zážitek“, jindy jde o autostimulační naplnění „jako při aplikaci drogy“. Může jedinci přinášet důležitou možnost udržet kontrolu sám nad sebou i nad účinkem externích vlivů na vlastní organizmus.

Etiologie impulzivního sebeпоškození

Dle současných poznatků neexistuje jednotný neurobiologický podklad impulzivního sebeпоškození. Výsledky dosavadních studií (i přesto, že nejsou konzistentní) podporují platnost biopsychosociální teorie (14), kterou konkrétně pro sebeпоškození rozpracoval Brown (2002). Vrozené **a) biologické dispozice** (např. pohotovost k impulzivním nebo agresivním reakcím, dispozice k alterovanému vnímání bolesti či k disociaci) jsou facilitovány **b) faktory prostředí**, jímž je dítě vystaveno v určitých fázích svého vývoje. S rozvojem sebeпоškození jsou uváděny: druh časného vztahu s pečující osobou (**attachment**) i jeho dlouhodobá dynamika a akutní nebo chronické **traumatické zkušenosti**. Jinými slovy, vrozené kognitivní, afektivní a behaviorální charakteristiky konkrétního jedince mu umožňují (více či méně příznivě) zpracovat prožívané události, které mohou mít (více či méně) patoplastický dopad na CNS. Významně se uplatňuje také naučený model řešení zátěžových situací, vyjadřování emocí, trestání atp. Následuje podrobnější rozbor těchto faktorů.

Tabulka 1. Suicidální pokus a sebeпоškození, diferenciální diagnostika

Suicidální pokus (Schneidmann, 1985)	Impulzivní sebeпоškození (Walsh and Rosen, 1988)
dominuje deprese	dominuje odcizení, nenávisť k sobě, k druhým
sebevražedný úmysl	bez sebevražedného úmyslu
bezmoc a beznaděje jako trvalý prožitek	v mezidobí periody optimizmu
psychická bolest je nesnesitelná, trvalá	nepříjemná, nesnesitelná, ale intermitentní
únik od psychické bolesti pomocí ukončení vědomí (uvědomování) subjektu	úleva od nepříjemné emoce pomocí jiného druhu vjemu
pokus o definitivní řešení	přechodné řešení
případné sebeпоškození bez okamžité úlevy	úleva okamžitá , návrat k normálnímu myšlení a prožívání
u většiny ojedinělý akt (s výjimkami)	často chronická
obvykle jeden způsob realizace	více než jeden způsob během časové periody
závažné tělesné poškození	nezávažné poškození

Tabulka 2. Přehled možných psychologických funkcí impulzivního sebeпоškození

uvolnění nepřekonatelné tenze
vybití hněvu vůči nenáviděným částem těla, skutečným nebo internalizovaným osobám
obnovení pocitu „byť na živu“ překonáním depersonalizace a emočního umrtvení
znovunabytí pocitu kontroly a omnipotence
uklidňování se
potvrzování vlastních hranic
komunikace s kontrolujícími osobami
sexuální prožitek, euforie
zklidnění nesnesitelného pocitu osamělosti, odcizení, beznaděje, zoufalství
přebití zoufalých myšlenek či pocitů
vyjádření konfliktních disociativních stavů

Biologické predispozice

Typickými rysy u osob tendujících k sebepoškození jsou náhlé změny nálad s rychlými přechody k podrážděnosti či k depresi a zpět k normofonii, zvýšená úzkostnost, impulzivita, špatné ovládnutí impulzů, emoční alexythymie (tj. neschopnost vnímat a pojmenovávat vlastní pocity) nebo disociace. Studie zabývající se impulzivním sebepoškozením jako samostatným fenoménem jsou ojedinělé. Častěji nacházíme poznatky ve studiích, které mapují rysy mající s impulzivním sebepoškozením společný výskyt (existuje např. významná korelace mezi nezávisle měřenou impulzivitou a mírou impulzivního sebepoškození (22). Dále byly zkoumány např. biologické koreláty emoční instability, impulzivní agresivity, suicidality a disociace.

Nejdéle je v tomto směru studován serotoninový systém (studie indukční, receptorové, transporterové, funkční zobrazovací metody). Mnohé z nich postulují významné souvislosti serotoninových funkcí s impulzivitou, agresivitou a suicidalitou, kdy snížená serotoninová aktivita v určitých oblastech CNS souvisela s jejich zvýšenými projevy. Některé jiné studie ale tyto poznatky nereplikovaly.

Několik desetiletí je zájem upřen na EOS (endogenní opiátový systém). Vychází ze zkušenosti, že významná část pacientů s impulzivním sebepoškozením (především u hraniční poruchy osobnosti) udává během poranění anestezii (12). Souvislost vyplavení endogenních opioidů (např. plazmatického met-enkefalinu při porušení tkáně) s impulzivním sebepoškozením je vysvětlována dvěma teoriemi: a) *teorií závislosti* (19), která popisuje EOS jako primárně intaktní, kdy se chronickou stimulací (sebeпоškozením) druhotně vyvíjí tolerance k uvolněným endogenním opioidům a dochází k abstinčním stavům se sekundární dysforií, b) *teorií bolesti* (1), která postuluje EOS jako primárně dysfunkční se zvýšeným opiatergickým tonem, který může vlivem intrapsychických či zevních stresorů souviset s disociativními a dysforickými stavy, přičemž sebeпоškození vede k jejich dočasné úlevě.

Na funkci centrálního noradrenergního systému v regulaci úrovně arousalu a v rychlosti odpovědi na zevní stimuly poukazují některé animální modely (17), nečetné humánní studie spojují závislost zvýšené hladiny metabolitů noradrenalinu v mozkomíšním moku s anamnézou impulzivní agresivity (3), jiné ne.

Vztah s pečujícími osobami (attachment)

K porozumění vývoji emoční regulace a jeho vztahu k sebepoškození z psychodynamického hlediska pomáhá aplikovaná teorie časné vazby dítěte na pečovatele (attachment). Vazba na pečující

osobu (attachment) má prokázaný vliv na strukturální vývoj mozku (11).

Pečovatel má prostřednictvím přiměřených reakcí na biologické a emoční potřeby v rané fázi vývoje dítěte silný vliv na jeho emoční stav i arousal (nabuzení), popř. stres. Zpočátku je to pečovatel, kdo vytváří dítěti externí podmínky ke zklidnění, v dalších fázích si dítě postupně buduje schopnost dosáhnout zklidnění samostatně. Učí se vytvořit či udržet si (za běžných podmínek) příjemný pocit nebo zvládnout pocit nepříjemný bez zásahu pečovatele, bez propadu do stavu dezorganizace mentálních funkcí. Na základě předvídatelnosti pečovatelské reakce se navíc učí spoléhat na vlastní pocity a využít jich později k regulaci svých emocí a chování. Průvodní zkušeností dítěte je v takovém případě pocit bezpečí, důvěra ve svět, v blízké osoby i ve vlastní hodnotu. Další důležitou zkušeností je možnost vyhledání blízké (druhé osoby) k interaktivnímu sebezklidnění při překročení svých adaptačních kapacit.

Vedle tzv. **bezpečné vazby**, která splňuje výše popsané atributy, jsou rozlišovány další, pro psychický vývoj dítěte méně příznivé typy vazeb. Tzv. **anxiozně vyhýbavá nejistá vazba** se vytváří tam, kde pečovatel svoji úzkostnou intruzivitou arousal (nabuzení), stres či emoční diskomfort dítěte ještě více stimuluje. U tzv. **anxiozně rezistentní nejisté vazby** je arousal či emoční diskomfort dítěte pečovatelem ignorován, tím u něj vyvolává pocit ohrožení a snahu o trvalé udržení kontaktu (s pečovatelem), nebo snahu o vyvolání saturující odpovědi jakýmkoliv možným způsobem (např. zlobením). Nejméně příznivá je tzv. **dezorganizovaná vazba**, kdy pečovatel reaguje na arousal či diskomfort dítěte negativně, popřípadě jej sám vytváří. Může nepředvídatelně střídát odměnu a trest (mnohdy při stejném chování dítěte) nebo poskytnout lásku a vzápětí dítě ohroží.

Ve všech výše popsaných případech podléhá pečovatel ve více či méně únosné míře vlastním potřebám a sám reaguje jako „dítě“, např. úzkostí, ev. hostilně bezmocí, disociací, pocitem vlastního ohrožení (tj. odtážením se od dítěte) nebo jiným pro dítě nevhodným či ohrožujícím chováním. Svůj arousal, stres nebo emoční diskomfort si takto dítě asociuje s nejistotou, v závažných případech až s pocitem ohrožení nebo opuštění, čímž může dojít k přechodné dezorganizaci mentálních funkcí provázené např. disociací nebo sebeobranou agresí. Také se nenaučí využívat druhou osobu k interaktivnímu zklidnění. Podobným způsobem mohou působit trvalé (popř. časté a opakované) nevhodné reakce dospělých na pocity, prožitky a fantazie dětí, a to i v pozdějším věku, např. jejich bagatelizace, ignorace nebo trivializace. Vedou mj. k závěru dítěte, že jeho vlastní prožitky nejsou správné, a samozřejmě opět interferují s rozhodnutím vyhledat interaktivní

zklidnění u dospělé osoby. **Zanedbávání či separace koliduje s rozvojem bezpečné vazby i kapacity k důvěře a snižuje úspěch léčebných intervencí v pozdějším věku** (24).

Akutní a chronické trauma

Významně zvýšený výskyt sebeпоškození je popsán u osob, které prožily ve své minulosti traumatické události. Zkušenost v podobě akutního či chronického (komplexního) traumatu může vést k velmi podobným poruchám kontroly impulzů i regulace afektů, jako jsou popsány výše, především k problematickému zvládnutí agrese a/nebo k disociaci. V nejtěžších případech je traumatická zkušenost zabudována do regulačních mechanismů jedince a sebeustruktura slouží jako zdroj uklidnění.

Literatura zabývající se tematikou traumatu doplňuje vedle dobře popsaného **akutního traumatu** (znásilnění, zneužití, násilné činy, traumatické lékařské nebo chirurgické zákroky, přítomnost autonehodě nebo násilí) také termín **komplexní trauma**, k němuž vedou sice méně dramatické či méně šokující zkušenosti, tyto jsou ale mnohočetné, mají protrahovaný nebo chronický charakter, datují se od raného věku a mají taktéž vývojově averzivní dopady (24). Děti nemusí být vystaveny „nadlimitní psychické zátěži“, traumatizující vliv zde má opakovaná dlouhodobá expozice konkrétním situacím. Často jde v rámci pečovatelského systému o vztahy „toxické“ již svojí podstatou (5), např. u alkoholizmu, nekompenzovaného duševního onemocnění rodiče, u psychického zanedbávání a u aktivního verbálního násilí vůči dítěti (kritika, ponižování, výhrůžky) či mezi rodiči navzájem (mj. u komplikovaných rozvodových situací). Podobným způsobem působí ztráta rodiče (úmrtí, rozvod). **Traumatická zkušenost vede k poruše afektivní regulace a kontroly impulzů, k problematické modulaci agrese a/nebo k disociaci.** Může dojít i k přenosu do tělesné úrovně: tělesné atributy jako vzhled, váha a stav kůže v těchto případech reprezentují vnitřní stavy, např. hovor o pocitech nepřináší úlevu, slova jsou nefunkční (typickým příkladem je alexithymie = neschopnost vnímání a pojmenování emocí a současně obtíže v pochopení a zvládnutí vlastních i cizích emocí).

Terapie

V první fázi je nutné zjistit, zda existuje nebezpečí ohrožení života (sebevražedné úmysly, akutní psychická porucha, životní krize, intoxikace, vážné zranění), nebo zda existují jiné důvody k rychlému zajištění bezpečí (týrání, zneužívání, totální selhání komunikace a spolupráce v rodině). V prvním případě bývá nevyhnutelná hospitalizace na dětském psychiatrickém oddělení, ve druhém poslouží jiné odpovídající zařízení (azylový dům atp.). Pro léčbu

samotnou (kde akutní riziko nehrozí) však hospitalizace nepřináší významné benefity, psychiatrické oddělení není svojí podstatou prostředím, kde by bylo možné aplikovat potřebné psychotherapeutické postupy.

V individuální terapii benefituje dospívající především ze stabilního a dlouhodobého terapeutického spojení v překonávání výkyvů nálady, nedostatečných adaptačních strategií, interpersonálních obtíží a přenosových reakcí, které mohou pramenit z traumat v dětství, nebo z celkově dlouhodobě neempatického a selhávajícího prostředí. S úspěchem je využíváno též prvků kognitivně behaviorální terapie, práce s tělem nebo jiných neverbálních technik. Velmi důležitá je spolupráce s rodinou, především edukace o podstatě sebepoškození, podpora funkční komunikace a snaha o eliminaci nepříznivých vlivů. V příznivějších případech formou rodinné terapie, v ostatních formou samostatných konzultací s rodiči.

Psychotherapie je pro léčbu sebepoškození stěžejní. Neexistuje konkrétní léčivo nebo skupina farmak, které by měly na sebepoškození přímý efekt. Případná farmakoterapie má symptomatický charakter a bývá zaměřena na zmírnění projevů impulzivity, agresivity, úzkosti či depresivity. Lékař musí pečlivě zvažovat individuální situaci každého jedince a volit farmaka cíleně vůči symptomům, které nejsilněji blokují celkové fungování a které případně aktivují nebo udržují mechanismy vedoucí k sebepoškození. Nejčastěji jsou v medikamentózní léčbě užívána antidepresiva (SSRI) k ovlivnění impulzivity, depresivity, úzkosti a/nebo podrážděnosti, popřípadě antidepresiva novějších generací. Vždy je ale nutná opatrnost s vědomím jejich možných rizik a nežádoucích účinků, mezi něž mimo jiné paradoxně patří zvýšení podrážděnosti, zvýšení frekvence sebepoškození nebo sebevražedných myšlenek. Dále je možné využít efektu moderních (atypických) antipsychotik nebo thymostabilizérů. V literatuře je popsán efekt betablokátorů nebo opiátových antagonistů, ty se ale v naší běžné praxi nevyužívají.

Epidemie sebepoškození

V souvislosti se stále větším rozšířením sebepoškození napříč kolektivními institucemi (školy, DD, internáty, zdravotní zařízení) hovoříme někdy o tzv. epidemii sebepoškození, která se za určitých podmínek může stát „vysoce nakažlivou“ (8). Primárně vždy vychází ze **subjektivní vulnerability** jedinců s **nízkou úrovní adaptačních strategií** (tolerance stresu, zvládání frustrace) a s **omezenými komunikačními schopnostmi**. Sekundárně plní sebepoškození mnoho dalších funkcí: navozuje možnost sdílení intimní tematiky a tím přiblížení se k druhému, podporuje zapojení jednotlivce mezi

ostatní (do skupiny), podporuje kohezi (soudržnost) již vzniklé skupiny způsobem, který je pro okolí „zvláštní“ a jemuž okolí nerozumí (což soudržnost dále prohlubuje), vede k získání útěchy a podpory od skupiny nebo naopak umožňuje jedinci zvýšit svoji hodnotu jako „chápatelce“ ochranou a opečováváním druhých. Někdy se dospívající pokoušejí takto přiblížit k žadoucím osobám, jindy naopak nežádoucí odradit (šokem). Sebeпоškození může být též prostředkem k pokusu o změnu chování okolí (např. k ovlivnění partnera při rozchodu, o pokus o odvolání zákazu rodičů, o dosažení dimise z oddělení či jiného zařízení působením na rodiče ve smyslu „toto je důkaz, že pobyt v daném zařízení moji psychiku ještě více zhoršuje“).

Proč sebepoškození tak dobře „oslovuje“ vysoké počty jedinců, zůstává zatím v rovině hypotéz. Hovoří se např. o přetrvávání naučených vzorců okamžitého uspokojení do pozdějších vývojových stadií a o neschopnosti tolerovat oddálené uspokojení při současném povrchním (pasivně konzumním) životním stylu dětí, spolu s jejich redukovanými možnostmi učit se v bezpečném prostředí oddálené uspokojení tolerovat. S vývojem vyzrálejších adaptačních mechanismů pro zvládání frustrace může interferovat i hyperprotektivita rodičů či naopak jejich nedostupnost při nadměrném zaneprázdnění (odcizení s možným narušením bezpečné vazby) a jejich následné snahy o kompenzaci v oblasti materiálních potřeb dětí a/nebo o kompenzaci nadměrně intruzivním chováním s pokusy o zvýšenou kontrolu. Mnohem méně se též v současnosti angažují ostatní „důležití“ dospělí z okolí dítěte (prarodiče, širší příbuzenstvo, dlouhodobě pečující chůvy) a tím se opět zvyšuje riziko izolace dětí od emočně angažovaných osob během emočně náročných vývojových období. Spolupůsobí jednoduchá dostupnost informací na internetu (kde je možné dozvědět se v podstatě cokoliv), dále média a vzory celebrit.

Role pediatra

Vzhledem ke komplexní podstatě impulzivního sebepoškození **„je pouze symptomem či symbolem hlubší psychické problematiky, jejíž etiologie a podstata má multidimenzionální charakter a je typicky posilovaná biologickými, psychologickými a sociálními faktory již léta před projevením sebepoškození“** (6) není většinou možná rychlá intervence a okamžité zastavení sebepoškození, i když rodiče leckdy velmi zoufale právě na tento způsob řešení naléhají. Je důležité nepodlehnout „tlaku“ jejich zoufalství (často velmi silnému a nepřijemnému, někdy v podobě pláče, ale i hněvu či přehnaných očekávání od odborníka) a nepřekročit tím rámec vlastních možností a především kompetencí. Role lékaře první linie

není ani vyléčit, ani být dospívajícímu zástupným rodičem („domluve mu, vždyť na vás určitě dá“), ani psychologem, kterému se dítě může svěřovat, či naopak policistou, zajišťujícím v rodině pořádek, jak si rodiče někdy představují. Předpoklad, že sebeпоškozující chování snadno a rychle vyhasne, a pokusy o rychlé odstranění problému vedou brzy ke zklamání a k následnému hněvu všech zúčastněných (rodičů i lékaře první linie samotného). Užitečnější proto bývá **edukace** o podstatě impulzivního sebepoškození („že nejspíše nejde o demonstrační ani o skutečné suicidium, ale o adaptační mechanismus, o pokus zvládat emoce, že může mít v dané době podpůrnou funkci při udržování křehké psychické rovnováhy dítěte, kterou nelze vychýlit bez posílení jiných obranných mechanismů“) a o potřebě „dobrat se“ ke skutečnému problému, tedy **nasměrování k účinné pomoci** (spolupráce se specialistou) s naznačením faktu, že účinná léčba je proces dlouhodobý a multidimenzionální. Nedoporučuji v žádném případě edukaci postavit např. na teoriích o vazbě či traumatu atp. (jak je popsáno výše), neboť zoufalý rodič velmi snadno podléhá nevyčtenému sebeobviňování (a to i když k tomu nemusí existovat žádné důvody) a cílem edukace je podpořit, nikoliv dekompenzovat.

Velmi důležitý je i způsob komunikace s dospívajícím během vlastního vyšetření.

Samo poranění, obzvlášť není-li jen povrchové, tak silně přitahuje pozornost, že člověk skrývajícím se „pod“ ním může být snadno přehlédnut. Je tedy jednoznačně kontraproduktivní zaměřit se pouze na povrchový znak, který zakrývá mnohem hlubší a mohutnější zranění. Důležitým počinem je snaha naslouchat subjektivnímu prožívání dospívajícího, vyjádřit zájem i otevřenost vůči jeho způsobu myšlení a prožívání, bez vyslovování závěrů, udílení rad, poučování či srovnávání s vlastním životem či s životy vrstevníků, a samozřejmě bez kritiky. A to i když jsme přesvědčeni, že známe rychlé řešení, radu či odpověď. Dospívající potřebují (a není alternativní cesty) dojít k vlastnímu poznání sami. Naslouchání taktéž neznamená dokonalé pochopení ani schvalování sděleného. Jde o první nutný krok k porozumění tomu, co se s dospívajícím děje, a teprve od něj je možné odvíjet další kroky. Pokud lidé (a nejen dospívající) nepocítí u druhého snahu o porozumění, není příliš pravděpodobné, že budou důvěřovat a spolupracovat. V této fázi může dospívající přijmout odhalení a možnost rozhovoru o sebepoškození v akceptujícím prostředí s úlevou, nicméně navázat kontakt s problematickým dospívajícím bývá často velmi obtížné. V časně fázi adolescence bývá fyziologicky akcentována potřeba soukromí v citovém životě, ta může být dále umocněna vypěstovanou nedůvěrou k autoritám, ostražitos-

tí a uzavřeností (jako dlouhodobým trendem). Proto není selháním, pokud se navázat kontakt v první linii nepodaří (u určitého procenta dospívajících je toto významným oříškem i pro psychology a psychiatry). Občas uváděný obrat, že odborník dítě „rozebere“, a ono se mu ihned svěří s nejtajnějšími problémy, je pouze mýtem. Cestou k druhému vždy, v těchto případech nevyjímaje, bývá respekt, k němuž náleží i ponechání možnosti nesvěřit se, když v danou chvíli dítě nechce nebo nemůže.

Doporučení pro praxi:

- fyzikální vyšetření, ošetření méně závažných poranění nebo zajištění ošetření u závažnějších poranění,
- dokumentace nálezu,
- rámcové zjištění délky sebepoškozování (kdy poprvé) a jeho frekvence v poslední době,
- rámcové zjištění funkce sebepoškození (stav psychiky před a po úkonu),

- orientační posouzení aktuálního stavu včetně existence či neexistence podpůrných vztahů,
- zvážení aktuálních rizik suicidálního jednání, tj. rozchod s partnerem, probíhající významné životní změny, předchozí trauma, vliv návykových látek (ev. z dokumentace či od rodičů),
- dotázaní se, zda dotyčný někdy v životě zvažoval ukončení života (pokud máme s dospívajícím dlouhodobě dobrý vztah anebo s tímto druhem dotazování zkušenosti),
- orientační zvážení možné závažné komorbidity (deprese, posttraumatická stresová porucha, poruchy příjmu potravy, psychózy) včetně jejich výskytu v rodině,
- v alarmujících případech doporučení urgentní hospitalizace,
- v ostatních doporučení návštěvy psychologa či psychiatra, který má se SIB zkušenosti,
- citlivá edukace rodiče.

Není doporučeno

- projevovat silné emocionální reakce (interferují s efektivitou a účinkem intervence),
- kritizovat, vyčítat, poučovat,
- vyvíjet či podlehnout tlaku na rychlé řešení,
- posílat paušálně k hospitalizaci.

Důležité je vždy jednat s respektem, snažit se alespoň naslouchat subjektivnímu prožívání dospívajícího a podnitit či podpořit jej v rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc.

MUDr. Magdalena Ryšánková
Dětská psychiatrická ambulance
Kytlická 758, 190 00 Praha 9

Literatura

1. Barron JL, Sandman CA. Paradoxical excitement to sedative-hypnotics in mentally retarded clients. *Am Ment Defic* 1985; 90: 124–129.
2. Bennum I. Depression and hostility in self mutilation. *Suicide Life Threat Behav* 1983; 13: 71–84.
3. Brown GL. Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid metabolites. *Psychiatry Res* 1979; 1: 131–139.
4. Center for Disease Control and Prevention, *cdg.gov* website, 2002.
5. Cicchetti D, Toth SL. Child Maltreatment. *Annual Rev Clin Psychology* 2005; 1: 409–438.
6. Connors RE. Self injury: Psychotherapy with people who engage in self-inflicted violence. *Northvale* 2000.
7. D'Onofrio AA. Adolescent self-injury: A comprehensive Guide for Counselors and Health Care Professionals. New York: Springer Publishing Company 2007.
8. Farber SK. When the body is the target: Self-harm, pain and treatment. *Northvale* 2000.
9. Favazza AR, Conterio K. Habitual self-mutilators. *Acta Psych Scand* 1979; 283–289.
10. Favazza AR. Self mutilation in culture and psychiatry. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1996.
11. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect regulation, metalization, and the development of the self. New York: Other Press 2002.
12. Gardner AR, Gardner AJ. Self-mutilation, obsessiveness and narcissism. *Br J Psychiatry* 1975; 127: 127–132.
13. Hollander M. Helping teens who Cut: Understanding and ending self injury. New York: Guilford Press 2008.
14. Linehan MM. Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press 1993.
15. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* 2005; 114: 140–146.
16. Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 867–872.
17. Rasmussen K, Strecker RE, Jacobs BL. Single unit response of locus coeruleus in the freely moving cat during naturalistic behaviors and in response to simple and complex stimuli. *Brain Res* 1986; 371: 324–334.
18. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *J Youth Adolescence* 2002; 1: 67–77.
19. Sandman CA, Datta PC, Barron J. Naloxon attenuates self-abusive behavior in developmentally disabled children. *Appl Res Ment Ret* 1983; 4: 5–11.
20. Simeon D, Favazza AR. Self injurious behaviors: Phenomenology and assessment. Washington: American Psychiatric Publishing 2001: 1–28.
21. Simeon D, Hollander E. Self-injurious Behaviors: Assessment and Treatment. Washington: American Psychiatric Publishing 2001.
22. Simeon D, Stanley B, Frances A. Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 221–226.
23. Van der Kolk B, Perry C, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1665–1671.
24. Van der Kolk B. Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals* 2005; 35: 401–408.
25. Walsh B, Rosen P. Self-mutilation: Theory, research and treatment. New York: Guilford Press 1988.
26. Walsh B. Treating self-injury: A practical guide. New York: Guilford Press 2005.
27. Warm A, Murray C, Fox J. Why do people self harm? *Psychology Health and Medicine* 2003; 8: 71–79.