

Sebepoškozování v dětství a dospívání

Mgr. MUDr. Eva Rozsivalová

Psychiatrická léčebna Šternberk

Záměrné sebepoškozování či sebezraňování (deliberate self harm, self injury) je nevhodný škodlivý zvládací (copingový) mechanismus. Jedná se o behaviorální projev pozorovatelný i v dětství a dospívání. Mluvíme o povrchném sebeřezání, sebedpálení, předávkování se medikamenty či jinými chemickými látkami, sebetlučení, sebeškrcení, rozrušování ran, vytrhávání vlasů a podobně. Dospívající si chce uškodit a zároveň zůstat naživu. Následky sebepoškození skrývá, důležitější je pro něj proces sám, než výsledek. V průběhu prožívá bažení (craving), nárůst vzrušení (arousalu), jeho vybití a úlevu spojenou s potřebou opakování. V terapii využíváme nejčastěji možnosti ovlivnění serotonergních a dopaminergních receptorů. Je studována role receptorů opioidních. Důležitá je psychotherapie, která kombinuje možnosti souběžného průběhu individuální, skupinové psychotherapie, deníkové práce, možnosti krizového telefonického kontaktu s terapeutem a podpory rodičům.

Klíčová slova: záměrné sebepoškozování, zvládací strategie, disociace, bažení.

Self-harm during childhood and adolescence

Deliberate self-harm and self-injury is an inappropriate and harmful way of coping with problems. This is a behavioral manifestation observed during childhood and adolescence. This involves superficial self-cutting, self-immolation, overdosing with medicines or other chemical substances, self-beating, self-strangulation, wound self-laceration, hair removal and others. Adolescents want to hurt themselves and stay alive. They hide the self-harm consequences, the process itself is more important than the result during which he experiences craving, arousal increase, its depletion and alleviation associated with the need of recurrence. The therapy makes use of the possibility of influencing serotonergic, dopaminergic and opioid receptors. Of importance is psychotherapy which combines the possibility of a parallel course of an individual or group psychotherapy, diary writing, possibility of contacting a therapist via a telephone in a crisis, and providing support for parents.

Key words: deliberate self-harm, coping strategies, dissociation, craving.

Léčba sebepoškozování zejména toho závažnějšího spadá do kompetence dětského a dorostového psychiatra. Spolupracuje přitom s pediatrem případně s psychoterapeutem. Může probíhat v pedopsychiatrické ambulanci nebo na lůžku. Pod **pojmem sebepoškozování** rozumíme úmyslné narušení vlastní tělesné integrity bez účasti druhé osoby a bez vědomého a cíleného záměru zemřít. Jeho závažnost je dána tím, že nevylučuje dokonání sebevraždy, naopak je vysoce rizikovým faktorem pro **sui-cidální chování**. Riziko dokonání suicidia je u sebepoškozujících mnohem vyšší než v běžné populaci. Odhaduje se, že 55–85 % z nich uskuteční alespoň 1x v životě tentamen suicidii.

V běžné populaci dospělých má sebepoškozování 4% výskyt, v psychiatrické populaci dospělých je to 21 % a v psychiatrické populaci adolescentů 60 % (1). Po roce 2000 se začal užívat termín záměrné sebepoškozování **Deliberate self harm-DSH**, nadřazeným pojmem je sebepoškozující chování, které nezahrnuje poškození způsobené nehodou – **Self destructive behavior – SDB** (2).

V období adolescence chápeme projevy ambivalentního přístupu k životu a smrti, testování hranic a zkoušení rolí, ignorování rizika, neústupnost a černobílé polarizované vidění světa jako věkově přiměřené. Totéž nemůžeme říci o povrchném sebeřezání, sebedpálení, předávkování se medikamenty či jinými chemickými látkami,

sebetlučení, sebeškrcení, rozrušování ran, vytrhávání vlasů a podobně. Hovoříme o jakémsi kontinuu aktivního devastujícího postoje k vlastnímu tělu, jehož nejméně škodlivým projevem je sebezdobení, sebeznačkování (barvení, tetování, náušnice, piercing), rizikovým ve smyslu poškození zdraví nebo nechtěného ukončení vlastního života je sebepoškozování a nejzávažnější je suicidální jednání, jednání s úmyslem zemřít. V tomto světle můžeme záměrné sebepoškozování chápat jako projev člověka, který si chce uškodit a zůstat naživu. Následky sebepoškození skrývá, důležitější než výsledek je pro něj proces sám. Při něm prožívá bažení (craving), nárůst vzrušení (arousalu), jeho vybití a úlevu spojenou s potřebou opakování. Takové

chování má repetitivní charakter a v adolescentní vrstevnické skupině také silný moment nápodoby. Může se jednat o nezralou snahu zvládnout konfliktní situaci, traumatický zážitek, překonat duševní bolest. Jedinec si tak nevědomě pomáhá. Pro ilustraci uvádím některé druhy sebepůškození, které jsme popsali u dětí aktuálně hospitalizovaných na dětském oddělení Psychiatrické léčebny ve Šternberku: čtrnáctiletá dívka vyskočila z jedoucího auta s cílem ukončit hádku s rodiči a nepodrobit se jim. Osmiletý chlapec vzal ruku spolupacienta a způsobil si jí hematoma pod okem, čtrnáctiletá dívka se opakovaně systematicky ostrým předmětem povrchně pořezává ve sprše na obou předloktích, břiše a obou stehnech. Dívky středního věku si seškrábaly bílou omítku ze stěn a šňupaly ji nosem ve snaze napodobit rituál užívání drog, šestnáctiletá diabetička manipuluje s dávkami inzulínu, aby si přivodila hraniční stavy dekompenzovaného diabetu, či chronicky udržuje hyperglykemické stavy bez ohledu na dlouhodobou devastaci organismu. Dvanáctiletý hoch si po krádeži peněz v domácnosti matky opakovaně způsobuje šňůrkou strangulační rány na krku, šestnáctiletá dívka si opakovaně rozrušuje exkoriaci na hřbetu ruky, opakovaně vyžaduje lékařské zásahy. Čtrnáctiletá dívka si úderem ruky o stěnu zhmoždila metakarpofalangeální skloubení ruky.

Ve společnosti existuje také fenomén **konvenčního – kulturně tolerovaného sebepůškození** (značení, u nás nejčastěji tetování, piercing, kosmetická chirurgie), který je s rizikovým chováním adolescentů spojen.

Významně až dvojnásobně u označených narůstá výskyt užívání alkoholu, tabáku a marihuany, častěji si způsobují úrazy, chodí za školou, účastní se rvaček, dříve sexuálně experimentují a selhávají ve výuce (3).

Při odborném kontaktu s takovými adolescenty je nutné zaměřit více pozornosti na poruchy nálady, drogovou anamnézu a sexuální zdraví. **Patologické sebepůškození – DSH či SDB** souvisí etiologicky s nahromaděným rodinným stresem, dětskými traumaty, zvláště sexuálními zneužíváním. Kriegerová uvádí ve své publikaci 19 studií z let 1989 až 2004 potvrzujících vztah sebepůškození chování a zneužívání v dětství (4). Významná je také osobnost rodiče a jeho vztahové fungování v rodině. Nepříznivě působí citově nepřítomný rodič, rigidní a příliš kontrolovající rodič, rodič kamarád, který sám prolamuje mezigenerační hranice.

Sebepůškození mívá typický **průběh**. Na začátku bývá vyvolávající událost například významná ztráta, narůstá pocit bezmoci, lítosti, vzteku, touhy po pomstě, adolescent se může snažit odolávat, ale nakonec si zvoleným způsobem působí bolest a narušuje integritu těla, prožívá nejrůznější fantazie včetně sexuálních a nastupuje úleva. Zpravidla se dostaví pocit viny, s odstupem pak **bažení – craving** a potřeba opakování. Záměrně vyvolaná bolest může vést k disociaci, tím umožňuje únik před realitou, odštěpení vzpomínek od přiléhavého emocionálního stavu, amnézie brání uvědomění si původní události spojené s bolestí. Jindy zase již existující disociativní stav bývá vyvoláním bolesti přerušen, prožitek bolesti vrací jedince do reality, umožňuje otupělému já znovu prožít, že je ještě naživu, že existuje. Biologickým korelátem průběhu této klinické zkušenosti je spontánní aktivace stresové neuroendokrinní osy, naroste hladina kortizolu a současně se zvýrazní deprese, nastává disociace, případně depersonalizace. V následujících 1 až 3 dnech dojde zpravidla k sebepůškození. Po aktu se hladina stresových hormonů prudce sníží a vymizí i uvedené symptomy. Jde o ventilaci hyperarousalu a odeznění **disociace**. DSH může být spojeno se sníženým vnímáním bolesti (5).

Často nastává situace, že se děti nebo rodiče s tímto fenoménem svěří v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, nebo se jedná o vedlejší nálezy při jinak zadaném pediatrickém **vyšetření**. Takto jsou děti odeslány k dětskému psychiatrovi a v závažnějších případech, zejména je-li přítomna komorbidní porucha, nebo jsou vztahy v rodině narušeny tak, že neumožňují přerušení sebepůškození návyku, jsou odeslány do psychiatrické léčebny nebo psychiatrické nemocnice či na kliniku. Zde je zahájen **běžný diagnostický proces**, důležitý je rozhovor o anamnéze i o předmětné věci s rodinou i s dětským pacientem, zajištění objektivních zpráv např. ze školy, sociálního odboru příslušného úřadu, od psychologa, etepeda, dále pediatra či jiných lékařských odborností. Rodičům jsou administrovány škály, např. Connersova škála pro rodiče, škála disociace A-DES, dotazníky např. ADHD RS-IV. Dítěti může být zadána kresba a výkonové či semiprojektivní testy např. Nedokončené věty. V případě hospitalizace je dítě zařazeno do kolektivu a sledován jeho proces separace a adaptace v novém prostředí, provedeny laboratorní odběry a EKG vyšetření. V indikovaných

případech zadáváme vyšetření neurologem či nutričním specialistou. Kromě posouzení klinických poruch hodnotíme u sebepůškození se dítěte také typ osobnostního fungování, psychosociální okolnosti jeho života a subjektivní význam, který dítě sebepůškozením vědomě nebo nevědomě přisuzuje (6).

Sledováním sebepůškození se děti a adolescenti se na našem pracovišti zabýváme od r. 2006. Zkušenosti z léčebny ukazují na výskyt sebepůškození prakticky u všech závažných psychiatrických **diagnóz**. Uvádím dle četnosti výskytu: Disharmonický osobnostní vývoj (rysy emočně nestabilní, impulzivní, hraniční, schizoidní), Úzkostné poruchy, Poruchy přizpůsobení a poruchy disociativní, Poruchy chování, Schizofrenie a Afektivní poruchy, Mentální retardace, Poruchy příjmu potravy, Porucha pozornosti a aktivity, Autismus. V sociální anamnéze se u těchto dětí a dospívajících velmi často setkáváme s rozbitým domovem, či malou angažovaností rodičů.

Terapie

Sebepůškození je komplexní a vychází ze jména ze specifického přístupu k vedoucí diagnóze. Pracujeme s představou, že sebepůškození je k ní připojeno jako symptom, jako nevhodný zvládací mechanismus. Užíváme farmakoterapie, psychoterapie a na lůžku také pravidel **komunitního režimu**, která mohou být v rodině aplikována např. jako dohoda mezi dítětem a rodiči. Seběpůškození ale i rizikové sebeznačkování má být hodnoceno jako nedovolená autoagresivita, má být znevýhodňováno. Komunita má potenciál nápodoby v dobrém, zejména pozitivním vztahu k vlastnímu tělu, léčivě se uplatňuje i pozitivní skupinová identifikace („my to neděláme“).

Farmakoterapeuticky využíváme nejčastěji možnosti ovlivnění serotonergních a dopaminergních receptorů. Nejčastěji užíváme farmaka v kombinaci. Z klasických neuroleptik k antiagresivnímu působení vybíráme zuclopenthixol, levomepromazin, haloperidol, chlorprothixen, z atypických antipsychotik risperidon a tiapridal, v menší míře pak olanzapin, sulpirid, quetiapin, ziprasidon a zotepin. Antidepresiva snižující impulzivitu a harmonizující afektivitu nejčastěji reprezentoval fluvoxamin a sertralin, v menším počtu případů citalopram, clomipramin, trazodon a escitalopram. V kombinacích nebo přechodně jsme ke snížení situační úzkosti užívali anxiolytika: oxazepam, clonazepam, důležité

byly thymostabilizátory pro jejich antiagresivní a antiimpulzivní působení: karbamazepin, valproát, lamotrigin, topiramát. Při léčbě komorbidní hyperkinetické poruchy se neobejdeme bez methylfenidátu a atomoxetinu.

Důležitá je **psychoterapie**, která kombinuje možnosti souběžného průběhu individuální, a skupinové psychoterapie, deníkové práce, možnosti krizového telefonického kontaktu s terapeutem a podpory rodičům. Obsahem skupin je skupinová vývojová psychoterapie zaměřená na zpracování traumat, má i nácvikový a edukační charakter u mladších dětí pracujeme více neverbálně – relaxace, canisterapie, dramaterapie, arteterapie. V literatuře jako nejúspěšnější je popisována DBT – **Dialektická behaviorální terapie**. Její autorkou je Marsha Linehanová. Jedná se o humanistickou terapii která využívá behaviorální a kognitivně behaviorální postupy jako nácvik řešení problémů či trénink dovedností. Je prováděna ambulantně, kombinuje individuální a skupinovou formu, telefonické konzultace a supervizní konzultace pro terapeuta. Dialektický zde znamená celostní, mezivztahový, představuje snahu o rovnováhu mezi přijetím a změnou, je protikladný k černobílému dichotomickému myšlení (7). Tomu se snažíme v koncepci psychoterapeutického přístupu přiblížit.

Kazuistiky

1) Přátelský až komunikačně deliberovaný chlapec byl poprvé akutně hospitalizován na dětském oddělení PL Šternberk ve 14 letech, když si nutkavě zatlačoval bulby očí, polykal předměty, vyvolával zvracení, naznačoval škrcení. Pochází z úplné funkční rodiny, oba rodiče vysokoškoláci, dobře pečují, má ještě staršího zdravého bratra. V osobní anamnéze je vývojová hypotonie zjištěná v kojeneckém věku, nevyrovnaná struktura intelektových funkcí celkově v pásmu lehké mentální retardace. Genetické vyšetření ani vyšetření metabolických vad nepřineslo etiologické objasnění defektu. Na CT zjištěna pouze mozková hypotrofie. Chlapec byl vzděláván nejprve v běžné ZŠ s asistentem, později ve speciální,

kde předpokládá setrvat kvůli rozvoji a posilování sociálních a praktických kompetencí. Pro zamezení nebezpečného tlaku na oční bulby bylo nutné užívat i mechanické omezovací prostředky, medikace byla vždy v trojkombinaci SSRI, antiepileptikum a antipsychotikum, nejdéle fluvoxamin, valproát a zuclopenthixol (příp. quetiapin) s dílčími obměnami. Stav se postupně upravoval, vždy dobře působilo smysluplné zařazení v kolektivu a podnětná náplň denních aktivit. Bylo nutné vymezovat vztahové hranice, které měl hoch tendence překračovat, aby si vydobyl drobné výhody, strašení sebepoškozením spíše v náznacích používal k manipulaci s rodiči. Hospitalizace byla opakována a v současné době pokračuje na oddělení pro dospělé pro nutkavou manipulaci s konečníkem a obtíže při vyprazdňování, které jsou provázeny úzkostnou až obsedantní psychickou nadstavbou. Nyní je mu 20 let a je v péči psychiatra pro dospělé.

2) 15letá dívka byla přijata k první hospitalizaci po závažném suicidálním pokusu medikamenty, jenž předcházelo sebepoškození ostrým předmětem a zaznamenán také kontakt s jedoucím autem ve vozovce. Při přijetí poukazuje na vztahové poměry v doplněné rodině, nechce respektovat přítele matky, v průběhu pobytu sděluje zkušenost sexuálního zneužití před 9 lety vlastním otcem, událost je oznámena a prověřována policií, otec se pokouší o kontakt s dcerou a obvinění popírá. Dále je v anamnéze podstatná smrt bratra před 10 lety a zkušenost se šikanou ve škole v mladším školním věku. Při psychiatrickém vyšetření jsme popsali jak subdepresivní syndrom, tak projevy poruchy chování, psychologicky byla v oblasti intelektu shledána hluboce podprůměrná, v osobnosti zjištěny dystymní projevy, pesimismus, zvýšená ovlivnitelnost, neschopnost adekvátně zacházet s emocemi. Komunikace v rodině je nefunkční, vztahové mezigenerační vazby napjaté, děvče usiluje o předání do péče dospělé sestry. Po propuštění ještě jednou sebepoškození ostrým předmětem na před-

loktí zopakovala, pokusila se také naznačovat tendenci skočit z okna. Teprve po druhé hospitalizaci dosáhla změny výchovné péče do domácnosti sestry a při ambulantní kontrole deklaruje nezáměr o další pedopsychiatrickou péči, cítí se zdravá, léky nepotřebuje. Ve spolupráci s velmi mladou ale zletilou sestrou však medikace předepisována je (SSRI – fluoxetin).

3) Téměř 18letá dívka byla přijata k hospitalizaci po opakovaném sebepoškozovacím chování užitím medikamentů (antidiabetik člena rodiny). Děvče bydlí u dědečka, s rodiči ale vychází relativně dobře. Raději by bydlela u nich (popisuje nevhodné i sexualizované deliberované chování dědečka pod vlivem alkoholu), ale nesnese se se starším bratrem (nabízí se suspekce překročení intimity příp. zneužití, ale nebylo to referováno). Toto uspořádání a osobnostní disharmonické vyzrávání u mentálně retardované dívky způsobuje protražovanou životní maladaptaci. Od 15. roku života má za sebou sérii více či méně závažných sebepoškození a suicidálních pokusů s již trvalými následky (např. srůsty po poleptání jícnu), v podmínkách hospitalizace v emočně neutrálním a podnětném prostředí s pravidelnými aktivitami a terapeutickou podporou se děvče nesebepoškozuje a prosperuje. I přes probíhající individuální psychoterapii v místě bydliště u klinické psycholožky se zatím nedaří lépe propojit plnění potřeb dívky v rámci rodiny a překonávat její osobnostní impulzivitu a tendenci manipulovat s okolím. Dívka je medikována malou dávkou risperidonu. Léčba je dlouhodobá a bude pokračovat i v dospělém věku.

Závěr

Sebeпоškozování u dětí a adolescentů představuje vysoce rizikové chování, které si i v nezávažné podobě zaslouží pozornost rodičů, pediatriů a posléze dětských psychiatrů. Léčba medikamenty nemá být odkládána. Jelikož u sebeпоškozujících kauzálně snižuje riziko sebevražedného jednání.

LITERATURA

1. Malá E. Dítě a stres. Praha: Tigris 2007.
2. Duffy DF. Self-Injury 2006 In: Kriegelová, M: Záměrné sebeпоškozování v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing, 2008.
3. Roberts TA, Ryan SA. Tattooing and High – Risk Behavior in Adolescents. Pediatrics 2002; 110(6): 1058–1063.

4. Kriegelová M. Záměrné poškozování v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing 2008.
5. Sachsse U, Von der Heyde S, Heuther G. Stress regulation and self-mutilation. 2002 In: Yamamoto A, Rokyta R 2005: Proč studovat bolest u animálních modelů psychiatrických onemocnění?. Psychiatrie, ročník 9, Supplementum 3.

6. Kocourková J, Koutek J. Sebeпоškozování v adolescenci – narůstající problém? Československá psychologie 2008; 52(6): 609–614.
7. Pastucha P. Terapie hraniční poruchy osobnosti – dialektická behaviorální terapie. Psychiatrie pro praxi 2003; 5: 221–222.