

Sebeпоškození v dětství a dospívání

Mgr. MUDr. Eva Rozsivalová

Psychiatrická léčebna Šternberk

Záměrné sebeпоškození 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 povrchním sebeřezání, sebepálení, předávkování se medikamenty či jinými chemickými látkami, sebetlučení, sebeškrčení, rozrušování ran, vytrhávání vlasů a podobně. Dospívající si chce uškodit a zároveň zůstat naživu. Následky sebeпоškození skrývá, důležitější je pro něj proces sám, než výsledek. V průběhu prožívá bažení (*craving*), nárůst vzrušení (*arousal*), 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 sebeпоškození, 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.

Pediatr. praxi 2015; 16(6): 392–394

Léčba sebeпоškození zejména toho závažnějšího spadá do kompetence dětského a dorostového psychiatra. Spolupracuje přitom s pediatrem případně s psychotherapeutem. Může probíhat v pedopsychiatrické ambulanci nebo na lůžku. Pod **pojmem sebeпоškození** rozumíme úmyslné narušení vlastní tělesné integrity bez účasti druhé osoby a bez vědomého a cíleného záměru zemřít. Jeho závažnost je dána tím, že nevyklučuje dokonání sebevraždy, naopak je vysoce rizikovým faktorem pro **suicidální chování**. Riziko dokonání suicidia je u sebeпоškozujících mnohem vyšší než v běžné populaci. Odhaduje se, že 55–85 % z nich skutečně alespoň 1x v životě tentamen suicidii. V běžné populaci dospělých má sebeпоškození 4% výskyt, v psychiatrické populaci dospělých je to 21 % a v psychiatrické populaci adolescentů 60 % (1). Po roce 2000 se začal užívat termín záměrné sebeпоškození **Deliberate self harm-DSH**, nadřazeným pojmem je sebeпоškozující 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 povrchním sebeřezání, sebepálení, předávkování se medikamenty či jinými chemickými látkami, sebetlučení, sebeškrčení, rozrušování ran, vytrhávání vlasů a podobně. Hovoříme o jakémsi kontinuu aktivního devastujícího postoje k vlastnímu tělu, jehož nejméně škodlivým projevem je sebezdobení, sebeznačkování (barvení, tetováž, naušnice, piercing), rizikovým ve smyslu poškození zdraví nebo nechtěného ukončení vlastního života je sebeпоškození a nejzávažnější je suicidální jednání, jednání s úmyslem zemřít. V tomto světle můžeme záměrné sebeпоškození chápat jako projev člověka, který si chce uškodit a zůstat naživu. Následky sebeпоškození skrývá, důležitější než výsledek je pro něj proces sám. Při něm prožívá bažení (*craving*), nárůst vzrušení (*arousal*), 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 sebeпоškození, 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 hematom pod okem, čtrnáctiletá dívka se opakovaně systematicky ostrým předmětem povrchně pořezává ve sprše na obou předloktích, bříše a obou stehnech. Dívky středškolského 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 rýhu 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 sebeпоškození** (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 školu,

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 sebezpoškození – DSH či SDB** souvisí etiologicky s nahromaděným rodinným distresem, dětskými traumaty, zvláště sexuální zneužíváním. Kriegelová uvádí ve své publikaci 19 studií z let 1989 až 2004 potvrzujících vztah sebezpoškozujícího 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 kontrolující rodič, rodič kamarád, který sám prolamuje mezigenerační hranice.

Sebezpoškození 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 korelátorem 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 sebezpoškození. 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 svěřívají v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, nebo se jedná o vedlejší nález 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 přerušování sebezpoškozovacího 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, etopeda, 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 sebezpoškozujícího se dítěte také typ osobnostního fungování, psychosociální okolnosti jeho života a subjektivní význam, který dítě sebezpoškozením vědomě nebo nevědomě přisuzuje (6).

Sledováním sebezpoškozujících se dětí a adolescentů se na našem pracovišti zabýváme od r. 2006. Zkušenosti z léčebny poukazují na výskyt sebezpoškození 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

Sebezpoškození je komplexní a vychází zejména ze specifického přístupu k vedoucí diagnóze. Pracujeme s představou, že sebezpoškození 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. Sebezpoškození ale i rizikové sebeznačkování má být hodnoceno jako nedovolena 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 antiag-

resivnímu působení vybíráme zuclopenthixol, levomepromazin, haloperidol, chlorprothixen, z atypických antipsychotik risperidon a tiapridal, v menší míře pak olanzapin, sulpirid, quetiapin, ziprasidon a zotepin. Antidepressiva 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 methylenidátu 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 psychotherapeutického 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 škrčení. 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, anti-epileptikum 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 konečným 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) 15,5letá 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

subdepressivní 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 předloktí 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 nezájem 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 protrahovanou 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 psychologičky 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

Sebe-poškozování u dětí a adolescentů představuje vysoce rizikové chování, které si i v nezávažné podobě zaslouží pozornost rodičů, pediatrů a posléze dětských psychiatrů. Léčba medikamenty nemá být odkládána. Jelikož u sebe-poškozujících kauzálně snižuje riziko sebevražedného jednání.

Literatura

1. Malá E, Dítě a stres. Praha: Tigris 2007.
2. Duffy DF. Self-Injury 2006 In: Krieglová, M: Záměrné sebe-poškozování 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. Krieglová M, Záměrné poškození 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. Sebe-poškození 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.

Článek doručen redakci: 28. 5. 2015

Článek přijat k publikaci: 28. 7. 2015

Mgr. MUDr. Eva Rozsivalová

Psychiatrická léčebna Šternberk,
Olomoucká 173, 785 01 Šternberk
rozsivalova@plstbk.cz