



Andrea Platznerová

SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

**Aktuální přehled diagnostiky,
prevence a léčby**

GALÉN

Upozornění

Všechna práva vyhrazena.

Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele.

Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Galén

Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5

www.galen.cz

© Galén, 2011



Andrea Platznerová

SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

**Aktuální přehled diagnostiky,
prevence a léčby**

GALÉN

Poděkování

Děkuji své rodině za geny, výchovu a lásku,
doktorce Darii Valentové za nápad
a paní profesorce Evě Češkové
za povzbuzení a pomoc.

Všechna práva vyhrazena.

Tato publikace ani žádná její část nesmí být reprodukována, uchována
v rešeršním systému nebo přenášena jakýmkoli způsobem (včetně mechanického,
elektronického, fotografického či jiného záznamu) bez písemného souhlasu
nakladatelství.

Copyright © Galén, 2009

ISBN 978-80-7262-741-7 (PDF)

ISBN 978-80-7262-742-4 (PDF pro čtečky)

Obsah

Shrnutí	7
1 Definice	9
2 Historické a sociologické souvislosti	13
3 Výskyt	23
4 Etiologie a patogeneze	33
5 Diagnostika, detekce	51
5.1. Sebeпоškození a hraniční porucha osobnosti	58
5.2. Sebeпоškození a poruchy příjmu potravy	60
5.3. Sebeпоškození a obsedantně-kompulzivní porucha	61
5.4. Sebeпоškození a posttraumatická stresová porucha	61
6 Prognóza	63
7 Terapie	67
7.1. Psychoterapie	69
7.1.1. Dialektická behaviorální terapie	87
7.1.2. Kognitivní terapie s použitím manuálu	89
7.1.3. Léčba komplexní posttraumatické stresové poruchy	89
7.1.4. Terapie syndromu opakování traumatu	91
7.1.5. Racionálně-emozivní terapie	92
7.1.6. Terapie zaměřená na řešení problému	94
7.1.7. Interpersonální skupinová terapie	94
7.1.8. Kognitivní terapie cílená na schémata	96

7.1.9. Psychoterapie zaměřená na přenos	97
7.1.10. Hypnóza a relaxace	98
7.1.11. Duchovní dimenze léčby poškozujících se	99
7.1.12. Kombinace psychoterapie s farmakoterapií	102
7.2. Farmakoterapie	103
7.2.1. Cílená farmakoterapie sebeпоškozování	103
Opiátoví antagonisté	105
Atypická antipsychotika a stabilizátory nálady	106
Alfa-agonisté	106
7.2.2. Farmakoterapie agresivity a impulzivity	106
Antidepresiva	106
Tymostabilizéry	107
Antipsychotika	119
7.2.3. Obecná vodítka pro farmakoterapii poškozujících se	111
8 Prevence	113
9 Závěry a návrhy dalšího směřování	119
10 Kazuistika	127
Příloha	
Dotazník o sebeпоškozování	145
Literatura	155

Shrnutí

Sebepoškození se v psychiatrii označuje komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky, jehož cílem není smrt, a které lze naopak nejlépe chápat jako maladaptivní odpověď na jinak nezvládnutelný akutní a chronický stres. Odlišení sebevražedných činů od sebepoškozujících aktů reflektuje dnešní úroveň vědomostí o rozdílech v etiopatogenezi, vývoji a prognóze těchto dvou patologických syndromů, o psychologii sebepoškození a o rozdílech v léčebném a preventivním arzenálu v péči o suicidální a poškozující se pacienty.

Při vzniku problému sebepoškození se uplatňují biologické faktory (serotoninový, opioidní a dopaminový systém), hereditární zátěž, psychosociální faktory včetně výchovy a psychotraumat v dětství.

Cílem léčby poškozujícího se pacienta je redukce dalších epizod sebepoškození, redukce touhy poškodit se, prevence sebevraždy a zlepšení sociálního fungování a kvality života. Ač se situace v oblasti výzkumu terapeutických modalit a jejich účinnosti v léčbě sebepoškození v posledních letech zlepšila, stále nelze zcela přesvědčivě vymezit nejúčinnější léčbu poškozujících se pacientů. Jakýkoli systematický psychoterapeutický přístup k poškozujícím se jedincům, pokud má být účinný, má zahrnovat vytvoření terapeutického vztahu, funkční analýzu chování, kognitivní restrukturuaci a behaviorální intervence. Z psychoterapeutických směrů nalézají v léčbě sebepoškození uplatnění zejména kognitivně a behaviorálně orientované směry (dialekticko-behaviorální terapie, racionálně emotivní

terapie, psychoterapie zaměřená na řešení problému, integrativně-kognitivní terapie, kognitivní terapie s použitím manuálu, terapie zaměřená na schémata a další), ale také analyticky či dynamicky orientované směry (psychoterapie zaměřená na přenos), resp. směry, které kombinují prvky kognitivně-behaviorální a dynamické, podpůrné psychoterapie (interpersonální skupinová terapie). Žádný preparát nebyl schválen pro použití v léčbě sebepoškození. Za lék první volby pro zvládnutí impulzivního chování jsou v současnosti považovány SSRI, jako lék druhé volby jsou doporučována atypická antipsychotika v nízkých dávkách, další možností jsou lithium nebo antikonzulziva. V případě sebepoškození refrakterního na běžnou léčbu lze zkusit naltrexon, klonidin a omega-3 mastné kyseliny. Doporučuje se vyhnout se benzodiazepinům. Prevence sebepoškození má kromě psychologických a medicínských zejména sociální a edukativní aspekty.

Vývoj nenasvědčuje tomu, že by se výskyt sebepoškození měl v budoucnu snižovat. Je proto potřeba zvýšit povědomí o důvodech a funkcích sebepoškozujícího chování a efektivních diagnostických a léčebných postupech, resp. zkvalitnit diagnostiku, rozšířit terapeutický arzenál, nalézt způsoby předcházení sebepoškozujícímu chování a studiem podložit účinnost jednotlivých strategií.

Klíčová slova:

sebepoškození, automutilace,
impulzivní agresivita,
hraniční porucha osobnosti.



1

Definice

Jako sebepoškozování (SP) 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. Může, ale nemusí bezpodmínečně být spojeno s myšlenkami na smrt, smrt však na rozdíl od sebevražedného pokusu není v naprosté většině případů jeho cílem. V literatuře lze nalézt množství definic sebepoškozování, v souladu s tím, jak se definice SP měnila s vývojem znalostí psychologie SP a s objemem informací a studií na toto téma. Aktuální oficiální britská vodítka pro léčbu sebepoškozování definují SP jednoduše jako každou sebeotravu nebo sebeporanění, nezávisle na účelu tohoto činu. Užší je definice WHO, která SP definuje jako akt bez fatálních následků, při němž osoba vyvíjí dobrovolně nehabituační činnost, bez zásahu jiných způsobí poranění sama sobě nebo dobrovolně požije látku v dávce vyšší, než je dávka předepsaná nebo obecně považovaná za terapeuticky účinnou, a jehož cílem je dosáhnout pro subjekt žádoucích změn cestou okamžitých nebo předpokládaných tělesných následků [Platt et al. 1992].

2

Historické a sociologické souvislosti

Přestože v psychiatrických kruzích bylo sebepoškozování poprvé zaznamenáno v devatenáctém století, opravdové pozornosti lékařů a terapeutů se sebepoškozujícímu chování dostává až v posledních patnácti letech. V dnes již velkém objemu publikací na toto téma existuje značná různorodost v terminologii. V literatuře se objevuje několik synonym pro autoagresivní chování. V starších publikacích o sebepoškozování se objevují výrazy parasuicidium a sebevražedný pokus, které reflektují tehdejší vědomosti a přístup k sebepoškozování, kdy se mezi sebepoškozující aktivity zařazovaly i ty s cílem umřít. Naopak pozdější práce z pojmu sebepoškození vylučují autoagresi s cílem sebevraždy, resp. volí jakési kompromisní řešení – jako sebepoškození označují autoagresivní aktivity, při kterých chuť umřít není prvotní patologií, není motivem, nýbrž spíš jen průvodním jevem, součástí celkového psychopatologického obrazu. Nejednoznačný je z tohoto úhlu pohledu termín svévolná sebeotrava (*deliberate self poisoning*) – záměrná intoxikace může být sebevražedným pokusem i automutilačním aktem v užším slova smyslu, bez sebevražedných intencí. Pro sebepoškozující aktivity v užším smyslu slova, s vyloučením sebevražedného úmyslu (v souladu s teorií, že jde naopak o snahu přežít, viz dále), lze v literatuře najít výrazy jako svévolné sebeporanění (*deliberate self injury*), násilí vůči sobě samému (*self-inflicted violence*), («jemné») řezání se (*delicate cutting*), sebetýrání (*self-abuse*), automutilace (sebeohavení, *self-mutilation* – termín obzvláště neoblíbený poškozujícími se v anglicky mluvících zemích), sebepoškozující chování (*self-harming behaviour*), svévolné

sebepoškozování (*DSH, deliberate self harm*)¹ a jejich modifikace, nebo jednoduše sebepoškozování (*self harm*)².

Relativně úzké vymezení termínu »sebepoškození« je nutné, jinak by tímto termínem bylo možné označit konání mnoha lidí v některém období jejich života – mnoho kulturně akceptovaných návyků, jako je kouření, užívání drog, abúzus alkoholu, přejídání či diety, může vést k tělesnému nebo duševnímu poškození vlastním zaviněním. Sebepoškozování může být též součástí náboženských praktik, formou sociálního nebo politického protestu nebo »vylepšení« tělesného vzhledu [Babiker, Arnold 1997].

Za patologické sebepoškození se obecně nepovažuje poranění, které je v dané kultuře tolerované a jehož primárním cílem je sexuální uspokojení, dekorace těla (v naší kultuře typicky piercing a tetování), spirituální zážitek v rámci rituálních praktik či začlenění se do skupiny vrstevníků nebo demonstrace vlastní hodnoty mezi nimi (snaha být »cool« a »in«).

Kulturně tolerované SP rozdělují někteří autoři do dvou kategorií: první skupinu tvoří rituály, druhou praktiky. Rituály se od praktik liší tím, že odrážejí tradici dané komunity, obvykle mají hlubší symboliku a představují způsob vazby jedince na komunitu. Rituály jsou vykonávány s cílem léčit (většinou v primitivních kulturách), mohou být výrazem spirituality a duchovního osvětlení nebo jsou znakem

¹ Na základě stávajícího stavu vědomostí o SP nejnovější britská vodítka z termínu pro sebepoškozování vypustila výraz »svévolný«. V některých případech, zejména u obětí zneužívání v dětství, navíc dochází k aktům sebepoškození ve stavech s absencí vědomé kontroly, v transu podobných nebo disociativních stavech, v těchto případech přívlastek svévolný není ani na místě.

² V této práci bude nejčastěji používán termín sebepoškozování (SP), s výjimkou některých pasáží, kde bude použito termínu v souladu s preferencí citovaného autora.

postavení ve společenské hierarchii. Praktiky naopak nemívají hlubší význam a bývají záležitostí módního trendu. Cílem vykonávání praktik bývá zdobení zevnějšku, prezentace identifikace s konkrétní kulturní skupinou a v některých případech vycházejí z přesvědčení o jejich prospěšnosti pro zdraví a hygienu. Úpravy zevnějšku, jako je piercing a tetování, mohou spadat do obou kategorií.

Zahrnutí či nezahrnutí sebevražedného chování do skupiny sebepoškozujících aktivit není jen otázkou terminologie, důležitější je, že odčlenění (kategorické nebo s výjimkami) sebevražedných činů od sebepoškozujících aktů reflektuje dnešní úroveň vědomostí o rozdílech v etiologii a patogenезi, vývoji či prognóze těchto dvou patologických syndromů, o psychologii sebepoškozování, o rozdílech v léčebném a preventivním arzenálu v péči o suicidální a automutilující pacienty. Vzhledem k tomuto faktu bude vhodné citovat několik dalších definic od renomovaných autorů.

Podle Eberlyové lze sebepoškozování definovat jako každé společensky neakceptovatelné chování, jehož obsahem je okamžité, svévolné, přímé a většinou repetitivní fyzikální poškození vlastního těla, ústící do lehké nebo středně závažné újmy na zdraví, většinou bez suicidálního záměru a bez organické psychiatrické příčiny [Eberly, Underst 2005]. Jiná definice – starší, první se striktním vyloučením sebevražedných pokusů – označuje pojmem sebepoškozování široké spektrum aktivit, kterými si jedinec způsobuje tělesné poškození z důvodů společností neakceptovaných a netolerovaných a bez sebevražedného záměru [Favazza 1996]³.

³ Ve starší literatuře je velký prostor věnován taxonomii sebepoškozování s určením tří komponent sebepoškozujícího aktu – přímočarosti (přímosti, directness), letality a repetitivity [Pattison, Kahan 1983, 1984]. Přímocíarost je chápána jako míra intencionality jednání – pokud je akt sebepoškození vykonán v krátkém čase

Dodnes citovaná klasifikace člení sebepoškození do tří kategorií:

1. **Závažná automutilace.** Neextrémnější a nejméně častá forma sebepoškození. Jde o zřídkačivý akt ublížení si na zdraví, při kterém je poškozen velký objem tkáně (kastrace, amputace končetiny atd.). Často vede k trvalému zmrzačení a je nejčastěji spojená s psychotickými stavy nebo akutními intoxikacemi.
2. **Stereotypní automutilace.** Fixované, často rytmické vzorce chování, jako bušení hlavou (nejčastěji), stlačování očních bulv, kousání prstů nebo paží. Lze ho

a s plným vědomím jeho škodlivých účinků a s cílem těchto účinků dosáhnout, je akt považován za přím(očar)y, v opačném případě je metoda SP považována za nepřím(očar)ou. Letalitou autoři rozumějí pravděpodobnost úmrtí na následky aktu těsně po něm nebo v blízké budoucnosti, přičemž letální akt je takový, který s velkou pravděpodobností končí smrtí, a ta je záměrem poškozujícího se jedince. Repetitivita je dána jednoduše tím, poškodila-li se osoba jednou nebo opakovaně. Na základě kombinací těchto tří črt lze definovat šest podskupin SP. V této kategorizaci je sebepoškozování v užším smyslu, téma této práce, vymezeno jako akt sebepoškození s nízkou letalitou, přímoočarý a repetitivní, a je odlišeno kupříkladu od repetitivní autointoxikace (jejíž letalita je vysoká), manipulace s inzulinem u pacientů s diabetem (vysoká letalita, nepřímé poškození) nebo od závažné automutilace motivované například psychoticky (tato není repetitivní). V novější literatuře se citace uvedené taxonomie neobjevují, jistě i pro příliš schematické dělení bez praktického přínosu pro praxi.

nejčastěji vidět u institucionalizovaných mentálně retardovaných lidí, ale dochází k němu i u autistů, psychotiků nebo pacientů s Leschovým-Nyhanovým nebo Tourettovým syndromem.

3. **Povrchová nebo mírná automutilace.** Sebeпоškození v užším slova smyslu, téma této práce. Výsledkem nebývá závažnější poškození tkání a málokdy je poškození fatální. Jde o nejčastěji se vyskytující formu sebeпоškození [Favazza, Rosenthal 1993].

Povrchové mírné sebeпоškození dále lze rozdělit do dvou podskupin, na **kompulzivní** a **impulzivní** SP [Favazza 1996]. I výsledky novějších studií, například studie s 236 pacientkami s mentální anorexií [Favaro, Santonastaso 2000], potvrzují existenci rozdílu mezi impulzivním a kompulzivním sebeпоškozujícím chováním. Pod impulzivní SP spadají dvě formy – epizodická a repetitivní.

- ▀ **Kompulzivní sebeпоškození** má blíže k obsedantně-kompulzivní poruše a má jiné kořeny a funkce než impulzivní formy. Zařazuje se sem úzkostí provokované dloubání, skarifikace a exkoriace kůže.
- ▀ **Impulzivní epizodické sebeпоškození.** Epizodické i repetitivní SP chápe Favazza jako impulzivní akty, rozdíl mezi nimi vnímá jako čistě kvantitativní. Epizodické SP definuje jako SP bez předchozího promyšlení, objevující se jako okamžitá reakce na emoční spouštěč. Osoby, které se takto poškozují, na sebe obvykle nepohlížejí jako na »autoagresory« [Favazza 1996]. Přesto však epizodická forma může pod vlivem jistých stresorů vyústit do obrazu repetitivního nebo habituálního sebeпоškození.

- **Impulzivní repetitivní sebepoškozování.** Hlavním příznakem repetitivního SP jsou ruminace o sebepoškozování, přičemž k samotnému SP ani nemusí dojít, a ztotožnění se s rolí autoagresora. Repetitivní SP se fixuje jako impulzivní reakce na pozitivní a negativní stresory. Podobně jako jiní sahají ve stresu po cigaretě, repetitivně se poškozující osoba sahá po ostrém předmětu. Někteří autoři považují SP za impulzivní poruchu vyskytující se často v koincidenci s dalšími impulzivními poruchami, jako je kleptomanie nebo – jimi rovněž za impulzivní poruchu považované – poruchy příjmu potravy [Eberly 2002]. Někteří američtí autoři navrhují, aby impulzivní automutilace byla zařazena jako samostatná nozologická jednotka do klasifikace nemocí (DSM, podobnou snahu v rámci MKN jsem v literatuře nezaregistrovala), jiní doporučují stanovit v případě repetitivního SP diagnózu »Impulzivní porucha blíže nespecifikovaná« (ekvivalent F63.9, Návykové a impulzivní poruchy nespecifikované v MKN-10) [Favazza 1996].

Šíří své definice sebepoškozování stojí někde uprostřed mezi pohledem na SP jako na každé autoagresivní chování a úzkým vymezením SP, k jakému se kloní nejnovější literatura, někteří autoři, vesměs se věnující léčbě a výzkumu poruch příjmu potravy, kteří mezi sebepoškozující akty zahrnují různé formy chování, vedoucí k negativním následkům na poškozujícím se jedinci, jako jsou impulzivní přejídání se a purgativní aktivity, pití alkoholu a kouření, abúzus návykových látek nebo škodlivé používání projímadel, diuretik nebo anorektik, stejně jako neadekvátní užívání inzulínu u diabetiků s poruchou příjmu potravy [Favaro 1996, 1999]⁴.

⁴ Pro potřeby této práce se hodí, a budu tedy vycházet z nejužší definice, která jako sebepoškození chápe jen zranění povrchu těla, lehkého nebo středně těžkého stupně.