



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, uchovávána v rešeršním systému nebo přenášena jakýmkoli způsobem (včetně mechanického, elektronického, fotografického či jiného záznamu) bez písemného souhlasu nakladatelství.

Copyright © Galén, 2009

ISBN 978-80-7262-606-9

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. Sebepoškozování a hraniční porucha osobnosti	58
5.2. Sebepoškozování a poruchy příjmu potravy	60
5.3. Sebepoškozování a obsedantně-kompulzivní porucha	61
5.4. Sebepoškozování 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 sebepoškozování	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 sebepoškozování	145
Literatura	155

Shrnutí

Sebepoškozováním 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 sebepoškozování a o rozdílech v léčebném a preventivním arzenálu v péči o suicidální a poškozující se pacienty.

Při vzniku problému sebepoškozování 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 sebepoškozování, 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 sebepoškozování 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 sebepoškozování 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 antikonvulziva. 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 studiemí 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 sebezranění, 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 sebezranění (*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

sebepoškození (*DSH, deliberate self harm*)¹ a jejich modifikace, nebo jednoduše sebepoškození (*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. Sebepoškození 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 tetováž), 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 sebepoškození 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 sebepoškození (SP), s výjimkou některých pasáží, kde bude použito termínu v souladu s preferencí citovaného autora.