



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav zdraví dětí a mládeže

Jakub Šimon

Autodestruktivní chování u dětí a adolescentů

*Autodestructive behavior in childhood and
adolescence*

Diplomová práce

Vsetín, červenec 2008

Autor práce: Jakub Šimon

Studijní program: Všeobecné lékařství

Vedoucí práce: **MUDr. Eva Vaníčková, CSc.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav zdraví dětí a mládeže,
3.LF - UK**

Datum a rok obhajoby: 2. 9. 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

Ve Vsetíně dne 15. srpna 2008

Jakub Šimon

Poděkování

Rád bych na tomto místě poděkoval firmě Google za službu Vyhledávání knih Google, díky níž jsem získal přístup k řadě anglických publikací, které bych jinak sháněl velmi obtížně. Mít doma virtuální knihovnu je něco fantastického.

Obsah

ÚVOD	7
1. AUTODESTRUKTIVITA.....	9
1.1 SEBEVRAŽEDNÉ CHOVÁNÍ.....	10
1.2 SEBEPOŠKOZUJÍCÍ CHOVÁNÍ	10
2. DEFINICE SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	11
2.1 PŘÍSTUPY NEZOHLEDŇUJÍCÍ MOTIVACI	12
2.2 PŘÍSTUPY ZOHLEDŇUJÍCÍ MOTIVACI	13
2.3 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ A SEBEZRAŇOVÁNÍ	13
2.4 ÚMYSLNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	14
2.5 SYNDROM RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ V DOSPÍVÁNÍ	14
2.6 ÚMYSLNÉ SEBEZRAŇOVÁNÍ	15
3. KLASIFIKACE SEBEZRAŇOVÁNÍ.....	16
4. TYPOLOGIE	18
4.1 KULTURNĚ TOLEROVANÉ PRAKTIKY	18
4.2 ZÁVAŽNÉ SEBEZRAŇOVÁNÍ.....	19
4.3 STEREOTYPNÍ SEBEZRAŇOVÁNÍ.....	20
4.4 POVRCHOVÉ SEBEZRAŇOVÁNÍ	20
4.4.1 SKUPINOVÝ TYP	21
4.4.2 INDIVIDUÁLNÍ TYP	21
5. FUNKCE.....	23
6.1 ŽENY	27
6.2 „BOUŘE A STRES“	28
7. ETIOLOGIE	29
7.1 SEXUÁLNÍ TRAUMA	29
7.2 SEBEZRAŇOVÁNÍ A SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ.....	30
7.3 SEBEZRAŇOVÁNÍ A JINÉ TRAUMA V DĚTSTVÍ.....	31
7.4 JINÉ ETIOLOGICKÉ FAKTORY	31
8. MECHANIZMUS VZNIKU	31
8.1 PSYCHODYNAMICKÝ POHLED	31

8.2 SEBEZRAŇOVÁNÍ JAKO SOCIÁLNÍ PORUCHA	33
8.3 SEBEZRAŇOVÁNÍ JAKO BIOSOCIÁLNÍ PORUCHA.....	33
8.4 SEBEZRAŇOVÁNÍ JAKO KOMUNIKACE	33
8.5 MULTIDIMENZIONÁLNÍ PŘÍSTUP.....	34
8.5.1 Vliv rodiny a vrstevníků	35
8.5.2 Sociokulturní kontext	35
8.6 NEUROBIOLOGICKÝ PŘÍSTUP	35
8.7 POHLED Z KULTURNÍHO HLEDISKA	36
9. SEBEZRAŇOVÁNÍ A SUICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ	37
10. PRVNÍ AKT SEBEZRAŇOVÁNÍ.....	38
11. PRŮBĚH AKTU SEBEZRAŇOVÁNÍ.....	39
12. TERAPIE	39
12.1 FARMAKOTERAPIE.....	40
12.1.1 Serotonine reuptake inhibitors (SSRI).....	40
12.1.2 Stabilizátory nálady	41
12.1.3 Atypická antipsychotika	41
12.1.4 Antagonisté opioidů	41
12.2 PSYCHOTERAPIE	41
12.2.1 Dialektická behaviorální terapie	42
ZÁVĚR.....	43
SOUHRN	45
SUMMARY	46
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	47

„Zdá se mi, že stupeň destruktivity u jednotlivých lidí je poměrný ke stupni, v jakém je omezována jejich životní rozpínavost. To se netýká individuálních zmaření těch či oněch instinktivních žádostí, ale zmarnění celého života, blokování spontaneity, růstu a vyjadřování lidských smyslových, citových a rozumových schopností. Život má svou vlastní vnitřní dynamičnost. Má tendenci růst, vyjadřovat se, žít. Je-li tato tendence mařena, pak se zdá, že energie zaměřená na život se podrobuje procesu rozkladu a mění se na destrukci. Jinými slovy: pud života a pud smrti jsou na sobě závislé, ale je to závislost protikladná. Čím více je pud života ohrožen, tím je pud ničení silnější, čím více se uskutečňuje život, tím menší sílu má destruktivita. Destruktivita je únik z neprožívaného života. Lidé a společenské podmínky, které přispívají k potlačování života, vytvářejí destruktivní vášně, jež jsou takřikajíc rezervoárem, z něho jsou živeny určité nepřátelské tendence – proti jiným lidem nebo proti obě samému.“

- Erich Fromm (strach ze svobody) -

ÚVOD

Tématem mé práce je autodestruktivní chování u dětí a adolescentů. Fascinující a děsivý projev lidské agrese, kdy objektem svého násilí se stává jednatel sám. Je to fenomén se širokým spektrem projevů, které lze nalézt jak v kategoriích různých duševních poruch, tak i ve společensky tolerované podobě. Někdy je obtížné najít hranici mezi autodestruktivním chováním patologickým a tím, které má kulturní a náboženský charakter. Tato práce se zaměřuje především na abnormální projevy autodestruktivního chování. Existuje řada přístupů, jimiž je můžeme uchopovat. Některé zohledňují motivaci, jiné míru fyzického poškození nebo způsob provedení. Na autodestruktivitu lze také nahlížet z pozic různých vědních oborů. Nejen psychiatrie, ale i filozofie, sociologie a především psychologie nám poskytují nástroje k hlubšímu pochopení.

V širokém repertoáru lidského utrpení, je jen máloco tak matoucí, jako je ubližování sobě samému. A přesto, ač se to může zdát nepochopitelné je autodestraktivita nedílnou součástí naší existence. Hluboce zasahuje do naší každodenní zkušenosti a netýká se, jak by se na první pohled mohlo zdát, jen těch několika jedinců, kteří vztáhnou ruku na své tělo a svůj život. Před 70 lety napsal americký psychiatr Karl Menninger, že v posledku každý člověk zabijí sám sebe, vybírajíc si svůj vlastní jedinečný způsob. Je nepřeborné množství způsobů, jak se na různých úrovních ničit. Všichni se v zápase s těžkostmi života trestáme za selhání, za skutečné či domnělé viny, často jednáme v rozporu se svými zájmy a s vědomím toho, že nám naše jednání uškodí. Proč tomu tak je? Věřím, že moje práce napomůže k pochopení mechanismů ležících v pozadí.

Obsáhleji se zabývám především úmyslným sebepoškozováním tělesné integrity ve formě opakovaného řezání či pálení kůže, které se typicky vyskytuje v období adolescence. Není to jev nikterak nový. Psychiatrická literatura mu věnuje pozornost přibližně od šedesátých let dvacátého století a zvláště v posledních letech lze vyzorovat výrazně stoupající zájem o tuto problematiku a to i vně psychiatrické komunity. Především v anglickém jazyce vychází řada publikací, na internetu existují stránky s informacemi a diskusní fóra, dokonce i v novinách a časopisech můžeme narazit na občasná sdělení o této problematice.

Prvek, který výrazně přispívá k informačním a názorovým nejasnostem okolo fenoménu úmyslného sebepoškozování je terminologický zmatek panující v literatuře. Neexistují žádné obecně přijímané definice a klasifikace. Autoři a výzkumníci někdy nepřesně a neurčitě definují sebepoškozování a zaměřují se tak, aniž by si toho byli vědomi na různé projevy autodestruktivního chování, které shrnují pod zastřešující termín sebepoškozování. To vede k tomu, že epidemiologické výstupy jsou ve velké míře nevalidní.

Důležitý cíl, který jsem vytkl své práci je vnést světlo do pojmosloví. Dát čtenáři užitečný a srozumitelný nástroj pro orientaci v pestré paletě

chování, které můžeme řadit do chování autodestruktivního. V současné literatuře jsem kromě jednoho anglického článku z roku 2003 (McAllister), nenašel žádnou jinou práci, která by se kriticky zabývala mnohočetnými významy, které nese termín sebepoškozování. Proto jsou první dvě kapitoly věnované definici a klasifikaci tak obsáhlé. Ve své práci navrhuji pro úmyslné sebepoškozování tělesné integrity nový termín „*sebezraňování*“.

Druhým cílem mé práce je zmapování současných poznatků o sebezraňování s důrazem na adolescenci a dětství a jejich srozumitelná prezentace čtenáři. Za důležité považuji především tu část mé práce, která se zabývá motivy a mechanismy, které vedou k tomu, že se někdo rozhodne ubližovat si. Tam totiž leží klíč ke třetímu cíli mé práce, kterým je snaha o to, aby čtenář pochopil, že ten, kdo si ubližuje, velmi trpí. Jizvy na kůži jsou extrémní manifestací silné vnitřní bolesti. Řada studií prokázala, že nejen osobnostní patologie, ale především diskvalifikující rodinné prostředí a z něj vyplývající narušený vztah k sobě a druhým se pojí s častějším výskytem sebezraňování. Je třeba myslet na to, že sebezraňující se člověk nemusí být psychicky narušený.

1. AUTODESTRUKTIVITA

Chápeme-li destruktivitu jako vědomé a záměrné poškozování nebo ničení složitých systémů (Koukolík, 2001), je pojmem autodestruktivní míněno vědomé a záměrné sebepoškozování nebo sebeničení. Důraz je kladen na záměrnost tohoto jednání, nikoli tedy náhodné či neúmyslné ublížení. Autodestruktivní chování je tedy „*násilné jednání se záměrem ničit nebo poškodit sebe sama*“.

Autodestruktivní chování zahrnuje širokou škálu projevů. Od neškodných forem majících spíše charakter tělesného zdoření, přes závažné život ohrožující automutilace až po sebevražedné pokusy a dokonané suicidium.

Motivační aspekt je klíčovým faktorem pro rozlišení dvou hlavních kategorií autodestruktivního chování. Do první kategorie spadá jednání, jehož cílem je poškodit sebe sama bez přítomnosti záměru na důsledky tohoto poškození zemřít. Toto jednání se označuje jako *sebepoškozování (self-harm)*. Druhá kategorie zahrnuje autodestruktivní chování, jehož cílem je dobrovolné ukončení života čili *sebevražda*. V současné době panuje konsenzus nepovažovat sebepoškozování za nedokončený nebo nepovedený pokus o sebevraždu. I přes některé podobné rysy, které mohou obě jednání vykazovat, se jedná o dva zcela odlišné projevy autodestruktivity. Sebepoškozování je chápáno jako způsob boje se životem, nikoliv rezignace na něj. Už v roce 1952 Erwin Stengel razil názor, že sebepoškozování je „*křik o pomoc*“. Není tedy o smrti a umírání, ale o přežití a kontaktu (McAllister, 2003).

1.1 Sebevražedné chování

Sebevražda jako projev autodestruktivního chování zřetelně vyjadřujícího přání ukončit svůj život přesahuje rámec této práce. Má svou vlastní dynamiku, formy, způsoby provedení a motivaci. Specifika suicidality u dětí a dospívajících je v češtině podrobně rozpracovaná v publikaci „*Sebevražedné chování*“ (Koutek a Kocourková, 2007). Její vztah k sebepoškozujícímu chování bude zmíněn níže.

1.2 Sebepoškozující chování

Sebepoškozování je široký pojem zahrnující různé druhy chování, které mohou být jak projevem specifické psychopatologie, tak projevem kulturních, náboženských a společenských zvyků, kde patologický proces není přítomný. Někdy je obtížné rozlišit, kdy už se jedná o chování chorobné a kdy jde ještě o chování, které má charakter obecně přijatelné formy zacházení s vlastním tělem. Výrazným problémem, na který narazí ten, kdo chce uchopit fenomén sebepoškozování v celé jeho hloubce je

terminologický zmatek panující v literatuře. Koncepční a jazykové zmatení je často důsledkem použití různých termínů k popisu podobného chování nebo naopak nepřesné definice a použití stejného termínu pro dva odlišné jevy. Klíčovým úkolem je do budoucna vytvoření přesných definic a odpovídající klasifikace, bez nichž jsou epidemiologická data jen zavádějícími údaji.

2. DEFINICE SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Neexistuje žádná univerzálně dohodnutá definice a klasifikace. V anglicky psané literatuře zabývající se sebepoškozováním se pro označení tohoto chování používá poměrně značného množství termínů. Často mezi nimi není činěn významový rozdíl. Těmi nejpoužívanějšími jsou *self-harm*, *deliberate self-harm (DSH)*, *self-injury* nebo také *self-injurious behavior (SIB)*, dále *delicate self-cutting*, *wrist cutting syndrome*, *self-mutilation*, *automutilation*, *self-mutilation behavior (SMB)*. Objevují se i termíny *self-aggression*, *autoaggression*, *autodestructiveness*, *self-destructive behavior*. V některých případech se lze setkat i s označeními *symbolic wounding*, *masochism*, *parasuicide*, *focal suicide*, *attempted suicide*. Všechna zmíněná označení je potřebné interpretovat v kontextu, v jakém byla použita.

V česky psané literatuře je zastřešujícím termínem „*sebepečkozování*“. Pro tak širokou paletu různých typů autoagresivního chování, které se dají považovat za sebepečkozování je toto označení, pokud se dále nespecifikuje nedostačující. Neumožňuje diferencovat mezi tak rozdílnými fenomény, jakými jsou například piercing v obličejí, údery hlavou o zem u čtyřletého mentálně retardovaného chlapce a řezání se žiletkou na předloktí u sedmnáctileté dívky v nápravném zařízení.

2.1 Přístupy nezohledňující motivaci

Vágní definici sebepoškozování (*self-harm*) nabízí směrnice z roku 2002 používaná národní zdravotní službou v Británii. Sebeпошкоzováním se míní „*záměrné předávkování léky či sebezranění bez ohledu na zřejmý záměr tohoto aktu*“. (National Institute for Clinical Excellence, 2002). Z uvedeného vyplývá, že za sebepoškozování je považován i nevydařený pokus o sebevraždu.

Podobně Oxfordský monitorovací systém sebevražedných pokusů (The Oxford Monitoring System for Attempted Suicide, 2006) sledující ve veřejné nemocnici v Oxfordu od roku 1976 případy úmyslného sebepoškození (*deliberate self-harm*) tento pojem definuje jako „*úmyslné sebezranění (self-injury) nebo předávkování léky (self-poisoning) bez ohledu na typ motivace nebo stupeň sebevražedného záměru*“. *Deliberate self-harm* tedy také zahrnuje i pokusy o sebevraždu. Sebezraněním (*Self-injury*) se míní „*každé úmyslné poranění (např. pořezání se, skok z výšky)*“. Předávkováním (*Self-poisoning*) se míní „*úmyslné užití dávky léku v množství větším než předepsaném či doporučeném a zahrnuje i otravy čistícími prostředky, rekreačními drogami a těžké alkoholové intoxikace*.“

Praško a Doubek (2007) definují sebepoškozování (automutilaci) jako „*vědomé poškození zdraví a/nebo integrity vlastního těla*“. Kromě předávkování léky do sebepoškozování zahrnují i takové aktivity, jako je rizikové sexuální chování, nadužívání alkoholu a drog nebo záměrné vyvolávání situací, ve kterých může být vyvolavatel zraněn

Zmíněné tři definice jsou příkladem přístupů, které nezohledňují motivaci a dynamiku autodestruktivního chování. Veškeré jednání zaměřené proti vlastnímu tělu a nekončící smrtí je chápáno jako sebepoškozování. Autodestruktivní chování je chápáno jako kontinuum, na jehož konci je sebevražda. Proto také vysloveně zmiňují předávkování léky. Otrávení se je totiž ve většině případů vedeno touhou zemřít. (Rodham and Hawton, 2004).

2.2 Přístupy zohledňující motivaci

Přístupy, které aspekt motivace naopak považují za klíčový, většinou užívají pro popis sebepoškozujícího chování termíny *self-injury*, *self-injurious behavior (SIB)* a *self-mutilation*.

Feldman (1988) a podobně Simeon (2001) a Favazza (1996) chápou *self-injury*, *SIB* či *self-mutilation* jednoduše jako „úmyslné poškozování a ničení vlastního těla bez záměru zemřít“.

V českém prostředí Babáková (2003) sebepoškozováním (*self-injuring behavior, SIB*) míní: „úmyslné narušení vlastní tělesné integrity bez účasti cizí osoby. *Není přítomen sebevražedný úmysl a není zde souvislost se sexuální aktivitou.*

Walsh a Rosen (1988) definují sebepoškozování „*self-mutilation*“ jako „vědomé, záměrné, opakované a život neohrožující jednání, které má za následek fyzické poškození vlastního těla způsobem, který je sociálně nepřijatelný“. Sebepoškozováním tedy rozumí abnormální chování, které může zahrnovat řezání, škrábání, pálení, zneužívání chemických látek, poruchy příjmu potravy, vytrhávání vlasů, lámání kostí, vymknutí kloubů, údery hlavou, vypichování očí, amputaci končetin.

2.3 Sebepoškozování a sebezraňování

McAllisterová (2003) ve svém hodnotícím přehledu rozmanitých významů pojmu „*self-harm*“ v literatuře upozorňuje, že je třeba nejen důrazně odlišit sebevražedné chování od sebepoškozujícího, ale i sebepoškozování (*self-harm*) od sebezraňování (*self-injury*). Spolu s jinými autory zastává názor, že sebezraňování je oddělenou podkategorií sebepoškozování. Sebepoškozování definují jako „*jakékoliv jednání, kterým si jedinec způsobuje psychickou nebo fyzickou újmu bez záměru zemřít, a to buď úmyslně, náhodně, z nevědomosti nebo v důsledku chybného rozhodnutí.*“ Za nejčastější formu se považuje předávkování léky. Sebezraňování je naproti tomu „*viditelným druhem sebepoškození vedoucím k narušení tělesné integrity*“. Jako nejčastější techniky se uvádí

řezání, pálení horkými předměty, škrábání se nehty a zraňování se zaváděním předmětů do těla.

Vrátíme-li se k původní definici autodestruktivity, jako k „*násilnému jednání se záměrem ničit nebo poškodit sebe sama*“ a zohledníme přístupy nabídnuté jednotlivými autory, můžeme nyní říci: „*Úmyslné sebepoškozování je každé jednání, kterým si jedinec záměrně způsobuje psychickou nebo fyzickou újmu, aniž by jeho cílem bylo zemřít. Pokud úmyslné sebepoškozování vede k narušení tělesné integrity, jedná se o úmyslné sebezraňování.*“

2.4 Úmyslné sebepoškozování

Úmyslné sebepoškozování označuje široké spektrum aktivit, kam lze vedle všech myslitelných způsobů poškozování tělesné celistvosti zahrnout i takové jednání jako je abúzus návykových látek, nadměrné kouření, přílišný příjem potravy nebo úmyslné hladovění, rizikový sex s neznámými partnery, sadomasochistické praktiky, nebezpečné řízení vozidel, zanedbávání hygieny, vyvolávání konfliktů za účelem utržení zranění, ukončování sociálních vztahů. V nedávné době se objevil koncept „*rizikového chování v dospívání (problem behavior syndrom)*“ někdy též nazývaný „*nová mortalita mládeže*“, který úzce souvisí se zdravím ohrožujícími aktivitami, o nichž lze prohlásit, že vedou k sebepoškozování. Z tohoto důvodu jej stručně zmíním.

2.5 Syndrom rizikového chování v dospívání

Experimentování s riziky je typické pro adolescenci a většinou nepřekračuje míru, která by z něj činila chování problémové. Ve vyspělých zemích je ale v posledních desetiletých sledován vzestupný trend rizikového způsobu života mládeže. Syndrom rizikového chování v dospívání zahrnuje tři oblasti: zneužívání návykových látek, psychosociální patologii a negativní jevy týkající se reprodukce. V první

oblasti je celosvětově patrný trend posouvání konzumace návykových látek do nižšího věku a do dívčí populace. Abúzus návykových látek je spojen s potížemi somatickými a psychickými. Druhá oblast se týká projevů sociální maladaptace a poruch chování a nálady, s nimiž souvisí i sebepoškozující, sebezraňující a suicidální chování. Třetí oblast zahrnuje nechtěná těhotenství, potraty, záněty, pohlavně přenosné choroby a škody na osobnostním vývoji. Všechny tři oblasti jsou vzájemně propojené. Syndrom rizikového chování v dospívání je jednou z hlavních příčin morbidity a mortality v adolescenci (Kabíček, 2006).

2.6 Úmyslné sebezraňování

Úmyslné sebezraňování, tak, jak na ně budu nahlížet v této práci, odpovídá pojetí a definici, kterou prosazují Favazza a Simeon (Simeon and Hollander, 2001). *Self-injurious behavior (SIB)* definují jako „*úmyslné a přímé poškození vlastního těla bez záměru na následky tohoto poškození zemřít*“

„*Úmyslný*“ vyjadřuje, že se jedná o akt cílený a vědomý. Nezahrnuje jednání, kde sebezranění je výsledkem nevědomé motivace. „*přímý*“ vyjadřuje, že účinek jednání je bezprostřední. Nezahrnuje proto poškozování zdraví alkoholem nebo kouřením cigaret, i když to subjekt dělá úmyslně a s vědomím následků. „*poškození těla*“ může být viditelné, ve smyslu poškození integrity kůže nebo se může jednat o poškození vnitřní způsobené například polykáním ostrých předmětů. „*bez záměru zemřít*“ vyjadřuje, že nehraje roli stupeň nebo míra tělesného poškození. Důraz je kladen na to, že cílem jednání není zemřít. Na otázku, zdali se svým jednáním chtěl zabít, subjekt odpovídá: „*Ne.*“

3. KLASIFIKACE SEBEZRAŇOVÁNÍ

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM IV, 1994) neuvádí úmyslné sebezraňování jako samostatnou poruchu, ale jako symptom vyskytující se u několika různých poruch, nejčastěji u těch, které souvisí s kontrolou impulzivity. Sebepoškozování se může vyskytnout u hraniční poruchy osobnosti, kde je explicitně zmíněno, ale také u antisociální poruchy osobnosti, u histriónské poruchy osobnosti, u posttraumatické stresové poruchy, u rozmanitých disociativních stavů včetně mnohočetné poruchy osobnosti, u depersonalizace, u poruch příjmu potravy a pak u poruch se stereotypními pohyby v kategorii poruch kojeneckého, dětského a adolescentního věku.

Řada autorů nabídla své vlastní klasifikační systémy úmyslného sebezraňování. Vycházeli například z motivace, míry tělesného poškození, způsobu provedení, psychologického pojetí, specifické psychopatologie, kulturních a sociálních aspektů.

Jedním z nich byl Feldman (1988), který určil nejméně 10 kulturních a patofyziologických faktorů ležících v pozadí sebezraňujícího jednání.

1. Náboženské rituály
2. Zvyklosti a konvence (např. propichování uší)
3. Psychotické onemocnění
4. Psychodynamický pohled na sebepoškození jako oslabenou formu sebevraždy
5. Druhotný zisk (např. snaha o získání pozornosti)
6. Nákaza a přizpůsobení se okolí (např. hromadné sebezraňování v nápravných zařízeních)
7. Adaptace (např. vězeň při snaze se dostat do nemocnice)
8. Regrese (např. tlučení hlavou o zeď u vývojových poruch)
9. Vztek
10. Organické příčiny (např. Lesch-Nyhanův syndrom)

Jiný přístup navrhli Walsh a Rosenthal (1988), kteří použili třídění podle stupně závažnosti. Typ 1 zahrnuje lehké formy sebezraňování (*self-*

mutilation), které jsou společensky a kulturně tolerované jako je například propichování uší. Typologie postupuje až k typu 4, který zahrnuje takové extrémní formy sebezražení jako je autokastrace či enukleace pozorované u schizofrenních a těžce depresivních pacientů.

Favazza (1996) rozdělil sebezraňování (*self-mutilation behavior, SMB*) do dvou velkých skupin. První, kulturně tolerovanou skupinu (*culturally sanctioned self-mutilation*) člení na rituály a praktiky. Příkladem jsou rituály u primitivních národů zahrnující jizvení tváře nebo v naší kultuře běžné propichování uší či tetování. Druhou velkou skupinou je deviantní sebezraňování (*deviant self-mutilation*), kdy sebezraňující chování je následkem duševní poruchy. Podle stupně poškození tkáně a podle míry výskytu rozčlenil deviantní sebezraňování na tři typy: závažný (*major*), stereotypní (*stereotypic*) a povrchový (*moderate/superficial*). U závažného typu dochází k zničení významné části těla, často irreverzibilně. Příkladem je enukleace bulvy nebo autokastrace. Tato forma se nejčastěji sdružuje s psychotickým onemocněním jako je schizofrenie, někdy se může objevit u akutní intoxikace. Stereotypní typ je viděn u mentálně retardovaných jedinců v ústavech. Nejčastěji se projevuje údery hlavou nebo štípáním se. Povrchový typ je nejběžnější a svými projevy nejpestřejší. Zahrnuje činy s nízkou letalitou, které se mohou objevovat jak sporadicky tak opakovaně. Patří sem řezání se, jizvení, pálení, škrábání se. Prostrádá rytmicitu, často má symbolický význam a vyžaduje použití nástrojů, jako jsou žiletky či nože.

V roce 2001 navrhli Favazza a Simeon modifikovanou klasifikaci sebezraňování, ve které už není používán termín *self-mutilation* ale *self-injurious behavior, SIB*. Klasifikace se rozšířila ze tří na čtyři skupiny: stereotypní (*stereotypic*), závažnou (*major*), kompulzivní (*compulsive*) a impulzivní (*impulsive*). Stereotypní a závažný typ zůstaly zachovány. Impulzivní typ odpovídá svým vymezením typu povrchovému se zdůrazněním v pozadí ležící poruchy kontroly impulzivity. Nově navržený kompulzivní typ zahrnuje neregulovatelné, excesivní a opakované okusování nehtů (onychofagie) nebo vytrhávání vlasů (trichotilomanie)

nebo škrábání se (neurotická exkoriace). Kompulzivní typ je celkem častý, ale epidemiologických a klinických poznatků je málo. Komorbidita s impulzivním typem je nejasná. V psychiatrické literatuře se mu nevěnuje příliš pozornosti, s výjimkou trichotilomanie, která je v DSM-IV diagnostikovaná jako samostatná porucha.

4. TYPOLOGIE

Ve své práci budu vycházet z fenomenologicky založené Favazzovy klasifikace s jistými úpravami. Jeví se mi klinicky užitečnou, je přehledná a jednoduchá. Zároveň pokrývá celé široké spektrum úmyslného sebezraňování od projevů, které lze považovat za normální až po zcela zřejmé projevy abnormální. Rozhodl jsem se nepoužít modifikované členění, protože se domnívám, že problém opakujícího se povrchového sebezraňování neleží jen v poruše kontroly impulzivity. V tom lze u Favazzy a některých dalších výzkumníků vysledovat snahu uchopovat tento fenomén jako samostatnou poruchu v rámci poruch kontroly impulzivity. Patologii tak umisťují dovnitř individua, do jeho neschopnosti regulovat své emoce a ubránit se sebedestruktivním silám a vliv prostředí a interpersonální faktory jsou odsunuty do pozadí.

V následujícím textu se budu zabývat čtyřmi skupinami úmyslného sebezraňování, se kterými se můžeme nejčastěji setkat. Ač vycházím z Favazzovy klasifikace vynechávám pojem deviantní, neboť Favazza tím odkazoval na to, že kromě kulturně tolerovaných praktik vychází sebezraňování z duševní poruchy. S tím nesouhlasím a v následujících kapitolách budou uvedeny argumenty na podporu mého názoru.

4.1 *Kulturně tolerované praktiky*

Sebezraňování nemusí být nezbytně abnormálním projevem. Je to kulturně vymezený fenomén (Favazza, 1996, Clarke and Whittaker 1998). Které zásahy do tělesné integrity se považují za přijatelné a které již ne je

ovlivněno kulturními normami panujícími v daném čase v dané společnosti. S rituálním sebezraňováním se lze setkat u primitivních národů, kde může plnit účel ozdobný (tetování, vytváření kožních jizev, prodlužování krku, propichování částí těla) nebo může vyjadřovat příslušnost k určité sociální vrstvě či skupině (Favazza 1996). Sebezraňování může také doprovázet iniciační rituály, kdy poranění navenek je viditelným symbolem přechodu dítěte do dospělosti.

Tetováž či piercing v civilizovaném světě plní podobnou funkci. Favazza v této souvislosti mluví o „*moderním primitivismu (modern primitivism)*“. Může se jednat o formu tělesného zdobení nebo znamení příslušnosti k určité sociální skupině. Příkladem mohou být nacistické symboly u skinheadů nebo specifické značky demonstrující příslušnost k pouličnímu gangu či některé ze subkultur jako je např. punk (Babáková 2003).

4.2 Závažné sebezraňování

Pro úmyslné sebezraňování, které se objevuje u těžce psychicky nemocných se v psychiatrické literatuře užívá pojem *patická automutilace (sebezmrzačení)*. Automutilace je řazena mezi poruchy pudu sebezáchovy (Hoschl, 2004). Příčinou těžkého a často bizarního sebezmrzačení jsou nejčastěji halucinace a bludné myšlení. Jedná se o jednorázový akt, týkající se spíše mužů. U pacientů s genitálním sebezmrzačením přichází nejvíce v úvahu psychotické onemocnění, akutní intoxikace nebo těžká porucha osobnosti hraničního typu. Literatura dále zmiňuje klinické kazuistiky enukleací a méně často amputací. Doubek a Praško (2007) uvádějí, že útok na vlastní genitálie se pojí s pohlavní dysforií a může být symptomem u primárního a sekundárního transsexualismu, fetišistického transvestitismu s depresí, emočně nestabilní poruchy osobnosti, dysmorfofobie či poruchy pohlavní identity. Jiné zdroje zmiňují i těžkou depresi.

Nenašel jsem v literatuře žádné informace týkající se tohoto typu sebezraňování u dětí a adolescentů.

4.3 Stereotypní sebezraňování

Stereotypní typ sebezraňování se typicky vyskytuje u vývojově narušených kojenců, batolat a předškolních dětí. Nejčastěji se objevuje před 5 rokem života. Postrádá symbolický význam. Je rytmické, opakované a monotónní. Zahrnuje především údery hlavou do pevných objektů, méně často okusování částí těla jako jsou rty či prsty, údery rukama do těla a hlavy, plácání se, škrábání se, vytrhávání si vlasů. K sebezraňování nejsou používány nástroje. Následky mohou být od mírného tělesného poranění až po život ohrožující. Toto chování je výrazně biologicky podmíněné, často asociované s mentální retardací. Běžně se objevuje u syndromů jako je Lesch-Nyhanův, de Langeův, Smith-Lemli-Opitzův, Smith-Magenisův, příležitostně u Prader-Williho syndromu a vzácně u Downova syndromu (Gualtieri, 2002). Někteří autoři zmiňují také Tuarettův syndrom. Favazza stereotypní typ považuje za běžný projev i u autistů. Odhad prevalence u mentálně retardovaných široce kolísá mezi 3% až 46%. V nedávné době např. Kurtz (2003) udává prevalenci kolem 10 – 15%. S výskytem sebezraňování pozitivně koreluje tíže mentální retardace a pobyt v ústavu nebo v prostředí s malým množstvím stimulů. Příčiny a účel tohoto chování se interpretují jako dovnitř obrácená agrese nebo vyjádření frustrace.

4.4 Povrchové sebezraňování

Skupina sebezraňujícího chování, kterému dominuje pořezávání se na zápěstí a předloktí. Méně často se lze setkat s popálením kůže, bodáním, škrábáním a bitím. Zahrnuje tedy činy nízké letality s viditelnými následky na tělesném povrchu. Sebezraňování nemá souvislost s psychotickým onemocněním, se sexuální aktivitou, s mentální retardací

nebo vývojovou poruchou. Zmiňují dva typy rozlišené podle toho, zdali je jedinec provozuje sám nebo v přítomnosti někoho dalšího.

4.4.1 Skupinový typ

Tento typ se vyskytuje ve vězeních, na psychiatrických odděleních, v internátech a podobných zařízeních. Chybí impulzivní charakter a důležitým faktorem je snaha o skupinovou identifikaci. Roli zde hraje výskyt sebezraňování v blízkém okolí jedince. Sebezraňování se může šířit až v podobě jakési psychické nákazy. Babáková (2003) v této souvislosti dokonce mluví o tzv. „epidemiích pořezání“. V Japonsku byl v sedmdesátých letech v nápravných zařízeních popsán zvýšený výskyt pálení kůže cigaretou nazvaný *Konjo-yaki*. Doslovný překlad by byl „prokázat sebezpopálením kuráž“. *Konjo-yaki* získalo charakter epidemie šířící se mezi mladými delikventy zneužívajícími těkavá rozpouštědla. Rituálem sebezpopálení se stvrzovala loajalita ke skupině a utužovaly se vazby. (Toshihiko Matsumoto, 2005).

S tímto typem sebezraňování se u dětí a adolescentů můžeme setkat v ústavních zařízeních, především výchovného nebo nápravného charakteru. Ve větší míře se vyskytuje u adolescentů s delikventním chováním (Babáková, 2003).

4.4.2 Individuální typ

Většinou se jedná o opakující akty povrchového poraňování kůže, ke kterým může docházet i celé roky. Toto chování je typické pro adolescenci. Má stoupající prevalenci (Plante and Hayward, 2007).

Favazza (1996) i další autoři jako nejčastější formu uvádějí pořezání „*cutting, wrist slashing*“ (asi 75%). Zranění jsou typicky mírná (*delicate self-harming*). Pořezání obvykle probíhá v soukromí bez účasti cizí osoby a s použitím ostrého nástroje typu žiletky, kusu skla nebo nože. Sebezraňování může mít i charakter popálení „*burning*“ (35%). Méně často se lze setkat se škrábáním (22%), rozrýváním hojících se ran (22%), trháním vlasů (10%) a řídce s lámáním kostí (8%). Vzhled řezných ran se

pohybuje od hlubokých vyžadujících lékařské ošetření až po malé zářezy, spíše škrábance, které nevyžadují medicínskou péči.

Opakované pořezávání slouží k rozmanitým psychologickým funkcím. Navzdory různým konceptům panuje konsenzus, že tento druh chování je reakcí na psychický distress jako je například pocit úzkosti, napětí nebo nepříjemné disociativní stavy a poskytuje rychlý, i když krátkodobý pocit úlevy. Nejčastější důvod, který sami „cutters“ čili „pořezávači“ uvádějí je rychlá úleva od tenze.

Literatura dlouhé roky dává sebezraňování do souvislosti s různými psychiatrickými diagnózami. Často se uvádí vazba na poruchy osobnosti, především na hraniční poruchu osobnosti, pro kterou je charakteristická zhoršená kontrola impulzivity. Sebezraňující se jedinci typicky uvádějí, že nemají nad svým chováním kontrolu a ve velké míře se rozhodují na momentální popud (Simeon, 2001). Některé texty tíhnou k tomu, vést diskuzi o sebezraňování/sebepoškozování téměř výhradně v kontextu této poruchy. Objevuje se i termín „*hraniční sebepoškozování (borderline self-mutilator)*“ (Babáková 2003). V takové situaci jsou ale ignorovány další možné příčiny a vliv prostředí. To, že se u lidí s hraniční poruchou osobnosti často setkáme se sebezraňováním, neznamená, že každý, kdo se sebezraňuje má tuto diagnózu.

Nejnovější přístupy koncipují sebezraňování spíše jako naučené a návykové chování než symptom poruchy osobnosti (Plante and Hayward, 2007). Sebezraňování je maladaptivní copingovou strategií (coping je způsob zvládnání zátěžových situací). Poskytuje úlevu od nepříjemného psychického prožívání, ale tato úleva je pouze dočasná. Nepříjemné prožívání po čase opět vyvstane a vyžádá si nový akt řezání. Tak vzniká bludný kruh opakovaného sebezraňování. Příčiny emočního distressu i maladaptivního copingu mohou být různé a podrobněji se jimi zabývám níže. Neexistuje zatím jednotné vysvětlení mechanismu, který leží v pozadí volby sebezraňování jako copingové strategie.

V současnosti panuje v odborné literatuře shodný pohled na pozitivní korelaci mezi sebezraňováním a ranou traumatickou zkušeností.

Sebezraňování je silným prediktorem, že jedinec má v anamnéze diskvalifikující rodinné prostředí. U sebezraňujících osob není vzácné, že se stali oběťmi sexuálního zneužití nebo nějaké formy týrání. Uvádí se také častá souvislost s poruchami příjmu potravy, zneužíváním alkoholu a/nebo drog a disociativními stavy. Pozornost se soustředí na narušený vztah sebezraňujících se jedinců ke svému tělu.

„Řeknu vám, co sebezraňování není. Není to masochismus. Není to snaha o získání pozornosti. Vzácně je to příznak psychické poruchy. Není to pošetilost a určitě ne egocentrismus. Je to pokus získat zdravý rozum tím, že vykážeš ven chaos. Je to viditelná manifestace extrémní psychické nepohody.“ (Clarke and Whittaker, 1998)

5. FUNKCE

Zabýváme-li se účelem a významem lze na fenomén povrchového sebezraňování nahlížet třemi odlišnými způsoby (McAllister, 2003): *psychodynamicky, behaviorálně a sociokulturně*. Psychodynamický pohled vidí sebezraňování jako formu dovnitř obrácené agrese, jako způsob vyjádření psychické nepohody, jako projev silného pocitu viny, který je asociován se sexuálním konfliktem nebo jako formu uvolnění extrémních emocí (Favazza, 1996). Sebezraňování může být chápáno jako útok na sebe i druhé, jako regulátor emocí, nebo dokonce jako uspokojení potlačených sexuálních pudů. Behaviorální pohled zdůrazňuje, že chování je naučené. Chápe sebezraňování jako operantně napodmiňovanou reakci na prostředí. Soustředí se na komunikativní účel sebezraňování a efekt nákazy. Sociokulturní pohled klade důraz na důležitost traumatické sociální zkušenosti.

Jiný přístup nabízí Feldman. V roce 1988 popsal tři prvky obsažené v sebezraňujícím jednání: *agresivní, stimuluující a sebetrestající*. Agresivní

prvek souvisí s nenávisť vůči sobě samému nebo vůči tomu, kdo jedinci ublížil. Bollas v této souvislosti používá u obětí dětského zneužívání termín „*violent innocence*“ čili „*agresivní nevinnost*“. Časté agresivní prvky v chování a současně nedostatek vhledu a porozumění, proč tomu tak je. Stimulující prvek lze vysledovat u lidí, kteří trpí disociativními stavy a zažívají pocity prázdnoty. Sebezraňování je pro ně cestou, jak alespoň něco cítit. Sebetrestající prvek je spojen s pocity viny a snahou odčinit nepřijatelná přání z minulosti. Některé oběti zneužívání a týrání se cítí za to, co se jim stalo zodpovědné a proto sami sebe trestají. Jiným vysvětlením je, že bolestivé vzpomínky vyvolávají nenávisť a pocit viny. Subjekt nevnímá tyto negativní emoce jako zacílené ven, ale jako součást sebe sama. Snaha o snížení intenzity těchto emocí vrcholí sebezraňujícím chováním.

Favazza (1996) chápe impulzivní sebezraňování (impulsive SIB) jako chorobný způsob samoléčby „*morbid form of self-help*“. Člověk se zraňuje, neboť mu to přináší dočasnou úlevu od bolestivých prožitků jako je úzkost, depersonalizace nebo pocity zoufalství.

Karl Menninger (1938), který jako první popsal jev známý dnes jako „*syndrom pořezávaného zápěstí (wrist-cutting syndrome)*“ viděl sebezranění (*self-mutilation*) jako pokus o samoléčbu, kdy lokalizovaná sebedestrukce (*focal suicide*) je formou částečné sebevraždy a slouží k odvrácení sebevraždy totální. Menninger usuzoval, že v každém člověku existuje silný sklon k sebedestrukci v souladu s Freudovou teorií pudu smrti. Všichni lidé provozují v nějaké formě sebepoškozování jako vyjádření zápasu pudových sil.

Praško a Doubek (2007), kteří úmyslné sebepoškozování vnímají především, jako projev hraniční symptomatologie v něm vidí tyto funkce: snížit napětí a regulovat intenzivní afekty nebo dysforii, vybit stres, potrestat se, zbavit se nesnesitelné depersonalizace, znovu získat schopnost normálně cítit a prožívat v průběhu disociativních zážitků, zbavit se nudy, uniknout z vnitřního chaosu, ulevit si v depresi. Může být

také přítomný komunikativní aspekt „volání o pomoc“ nebo se může jednat o způsob, jak získat pozornost či manipulovat se svým okolím.

V současné době rozmanité terapeutické texty zmiňují termín „*selfsoothing*“. Můžeme jej přeložit jako „*sebeuklidnění*“. Klade se tím důraz na záměr, který leží za aktem sebezranění a rovněž je v tomto termínu obsažená snaha vytvořit větší prostor pro chápání povrchového sebezraňování v kontextu copingových strategií. Pozitivní označení také napomáhá čelit negativnímu pohledu, který stále ještě dominuje. Veřejnost vnímá „*pořezávání se*“ jako zvrhlost. Máloco je tak matoucí, jako když člověk záměrně ubližuje sám sobě. Mezi psychiatry převažuje postoj „nalepovat“ na sebezraňujícího se jedince některou psychiatrickou diagnózu, především hraniční poruchu osobnosti. Ta je v psychiatrii pro svou chronicitu a terapeutickou náročnost synonymem nepřijemného problému.

6. EPIDEMIOLOGIE

Statistiky incidence a prevalence sebepoškozování a sebezraňování jsou nespolehlivé. Sebezraňování zůstává sociálním tabu. Mnoho příhod se odehraje tajně a nedostane se do pozornosti odborníků. Sebezraňující se jedinci si uvědomují, že jejich jednání vybočuje z „normy“ a používají různé strategie, jak je skrývat (Hodgson, 2004). Jednání nemusí být profesionály označeno jako sebezraňování z důvodu přání ochránit klienta před stigmatizací (McAllister, 2003). V celé řadě studií přetrvávají terminologické nejasnosti. Dnes je již obecný konsenzus oddělovat sebezraňování od sebevražedného pokusu, ale nejasnosti zůstávají, když je termín sebepoškození (*self-harm*) používán synonymně s termínem sebezranění (*self-injury*) a když je pod sebepoškozující / sebezraňující jednání řazeno předávkování léky. Studie mohou pracovat s údaji zahrnujícími i pacienty s psychotickým onemocněním či mentálně retardované jedince. Shaw (2002) navíc upozorňuje, že statistiky jsou

zkreslené, neboť většina výzkumů proběhla na území severní Ameriky a Británie a soustředila se na bílé ženy střední třídy. Rozdíly související s pohlavím, kulturou, náboženstvím a socioekonomickým statutem mohly být přehlédnuty. Někteří autoři upozorňují na existenci specifických typů sebezraňování (*self-injury*), které probíhají velmi skrytě a bývají spojeny se silným pocitem hanby. Patří sem sebezraňování na takových částech těla, jako jsou ňadra či genitálie.

Britské výstupy z národního šetření udávají prevalenci úmyslného sebepoškozování (*self-harm, DSH*) mezi adolescenty přibližně 6,5 %. Je ale třeba upozornit, že podle vágní definice, kterou uvádí směrnice používaná národní zdravotní službou, lze pod sebepoškozování řadit i suicidální pokusy. Definice navíc jasně říká, že předávkování léky je formou sebepoškozování a předávkování je v Británii vůbec nejčastější způsob úmyslného sebepoškození. Britská Mental Health Foundation ve své příručce o sebepoškozování (*Truth about self-harm, 2006*) uvádí, že úmyslné sebepoškozování je čtyřnásobně četnější u dívek než u chlapců. Nejčastěji se sebepoškozování objevuje u mladých lidí. Vrchol výskytu je mezi 11 a 25 rokem. První epizoda bývá nejčastěji ve věku 12 let. Za nejvíce ohroženou skupinu jsou považováni mladí lidé ve vězení, v armádě, na internátech a ve výchovných zařízeních, homosexuálové a transsexuálové, dívky asijské rasy a mladí lidé, kteří mají problémy s učením. Řezání převažuje nad jinými způsoby sebezraňování.

Velmi čerstvé údaje poskytuje dotazníkové šetření provedené na dětech ve věku 11 – 14 let v jedné škole v severovýchodní Anglii. Ze šetření vychází četnost sebepořezávání v této věkové populaci 16%. Od příležitostného pořezání až po velmi četné. Dívek bylo jen o málo více než chlapců. Číslo je to značně vysoké, ale dotazníky byly skutečně rozdány na základní škole a nikoliv v nápravném zařízení (Dimmock and Grieves and Place, 2008). Pro zajímavost popíjení alkoholu udala celá jedna čtvrtina dětí. Tyto výstupy odpovídají britskému trendu považovat sebepoškozování mezi mladými lidmi za vážný společenský problém.

Hayward v této souvislosti dokonce mluví o „společenské nákaze“ (Plante and Hayward, 2007).

Patison a Kahan (1983), kteří popsali „*syndrom záměrného sebezraňování*“ přezkoumali 56 publikovaných prací zabývajících se sebezraňováním (*self-injury*) a publikovali následující údaje. Průměrný věk subjektů byl 23 let. Dvě třetiny byli mladší třiceti let. Průměrný věk první epizody byl 17 let. Počet epizod široce kolísal od jedné až po více než sto. Přibližně dvě třetiny subjektů používalo více než jeden způsob sebezraňování. Jedna třetina měla problémy s alkoholem nebo drogami. Mužů bylo 49% a žen 51%. Ze sebezraňujících se jedinců bylo 41% psychotiky.

Clinical Manual of Impulse-control Disorders (2005) nabízí tyto údaje. Nepřímý odhad incidence impulzivního typu sebezraňování dle modifikované Favazzovy klasifikace (*impulsive self-injurious behavior, impulsive SIB*) je 1 případ na 1000 obyvatel za rok. Častější výskyt je u žen. Typicky začíná v adolescenci, i když byly popsány dokonce případy předškolních dětí. Impulzivní SIB je příznačný pro některé psychické poruchy, jako je hraniční porucha osobnosti, antisociální porucha osobnosti, posttraumatická porucha, disociativní poruchy a poruchy příjmu potravy. Nejčastěji je ale spojován s hraniční osobnostní strukturou.

Velká část textů zabývajících se fenoménem sebezraňování uvádí vyšší četnost výskytu u žen než u mužů. Některé novější studie to vyvrací. Existuje názor, že pohlavní rozdíl v prevalenci je dán tím, že ženy se oproti mužům dostanou častěji do lékařského zařízení, přesto stojí za pozornost souvislost mezi pohlavím a sebezraňováním podrobněji rozpracovat.

6.1 Ženy

Převaha žen nad muži může mít několik důvodů. Clarke a Whitaker (1998) věří, že ženy více než muži potlačují své skutečné potřeby a sebezraňování se tak stává aktem znovuzískání své individuality.

Vysvětlení lze také hledat v mezipohlavních rozdílech v používání copingových strategií při zvládnání negativních emocí. U dívek se větší míře než u chlapců vyskytuje maladaptivní emočně zaměřený coping, kterým je i sebezraňování. Dalším faktorem může být výchovou naprogramovaný způsob, jak zacházet s bolestivými emocemi a zlobou. Dívky obtížněji než chlapci převedou zlobu do agrese proti druhým. Častěji než muži ji obrátí proti sobě. Celá řada hypotéz o mechanismech vzniku sebezraňujícího chování silně zdůrazňuje zážitek raného traumatu, především sexuálního zneužívání a týrání. Ženy se častěji než muži stanou v dětství obětí sexuální zneužití a jsou i více náchylné ke zneužívání v dospělosti.

6.2 „Bouře a stres“

Se sebezraňováním se nejčastěji setkáme u adolescentů. Proč zrovna u nich?

Už na začátku dvacátého století napsal Stanley Hall, průkopník americké psychologie, že adolescence je obdobím emočního otřesu. Emoční otřes není ničím překvapivým, když vezmeme v úvahu, jaké hormonální, fyzické a kognitivní změny provází přerod dítěte v dospělého. Jedinec se musí vyrovnat s celou řadou zátěžových situací a naučit se, jak zacházet se stresem. Raná adolescence se pojí s nárůstem pozornosti k tomu, jak je člověk vnímán druhými a také roste schopnost skrývat své skutečné emoce. Citlivost ke stresu stoupá, objevují se požadavky na sociální kompetenci. Pro adolescenci je typická kolísavá nálada, přecitlivělost, dráždivost a nárůst emočního zmatku. Všechny tyto faktory se podílí na vysoké incidenci sebezraňování mezi mladými lidmi.

Pokud se sebezraňují děti, je vysoká korelace s prožitým traumatem. Takové dítě bude mít v historii s velkou pravděpodobností závažnou stresující událost.

7. ETIOLOGIE

Sebezraňující se jedinci uvádějí pestrou paletu důvodů, které je k tomu vedou. Nejčastěji uváděný důvod je uvolnění tenze. Dalšími důvody jsou: zbavení se vzteku, nenávisť k sobě, potrestání se, snaha cítit se více živý, získání pocitu kontroly, jak nad extrémními emocemi, tak nad ohrožujícím okolím, uklidnění se, komunikace s druhými nebo manipulace s nimi, prožití sexuálního vzrušení, zmírnění pocitu osamocení, odcizení, beznaděje a zoufalství.

7.1 *Sexuální trauma*

Řada studií podala zprávu o souvislosti sebezraňování s rozmanitými nepříznivými událostmi v dětství. V současnosti se traumatická zkušenost v dětství považuje za hlavní příčinný faktor. Studie překypují především zkoumáním spojitostí mezi sebezraňováním a sexuálním zneužíváním či fyzickým nebo emocionálním týráním. Velká studie na ženách s opakujícími se epizodami sebezraňování prokázala u 62% z nich zneužití nebo týrání v dětství (Stein, Hollander, 2005). Pokud zneužívání nebo týrání začne v nízkém věku, může se sebezraňování objevit také velmi brzy. Studie z osmdesátých let provedená na dětech ve věku 2,5 – 5 let, které se staly obětí týrání či zneužití u některých z nich zdokumentovala sebezraňování a suicidální chování (Simeon and Hollander, 2001). Jiná studie na dětech se stejnou anamnézou u 41% z nich zaznamenala projevy sebezraňování typu údery hlavou a kousání se (Simeon and Hollander, 2001). Někteří badatelé prokázali vzájemný vztah mezi traumatem, disociativními zážitky a sebezraňováním. Například jedna studie na ženách s hraniční poruchou osobnosti ukázala, že sebezraňování je silným prediktorem disociativních stavů a že ty ženy, které mají prožitky disociace byly pravděpodobně v dětství zneužity.

I přes dobře prokázanou souvislost mezi sexuálním zneužitím a sebezraňováním, některé otázky zůstávají nezodpovězeny. Třebaže

mnoho sebezraňujících se žen zažilo zneužití nebo týrání, ne všechny, které se sebezraňují, byly zneužity či týrány.

7.2 Sebezraňování a sexuální zneužívání

Studie Torrellové a Armsworthové (2000) se zaměřila na rozdíly mezi oběťmi incestu, které se sebezraňují a oběťmi incestu, které tak nečiní. Do studie bylo zahrnuto 84 žen ve věku 18 až 67 let. Medián věku byl 32 let. Sebezraňujících žen bylo 42 a nesebezraňujících také. Výstupy ze studie jsou následující: sebezraňování převažovalo u žen, které byly zneužívány opakovaně a častěji. Tyto ženy vnímaly prožité trauma jako mnohem závažnější a poškozující událost. V jejich anamnéze se výrazně častěji vyskytovaly sebevražedné pokusy, depresivní symptomatologie, potíže s alkoholem a drogami, poruchy příjmu potravy, úzkost, panické ataky a častější byly i psychotické symptomy.

Autorky v závěrečné diskuzi pracují při vysvětlování zjištěných nálezů s konceptem „ztělesnění (*embodiment*)“. Tento koncept navrhl v devadesátých letech Young (1992) jako klíč k pochopení řady fenoménů, které se asociují s dětským sexuálním zneužíváním. „*Embodiment*“ odkazuje na to, jak „*já je zažíváno skrze tělo*“. Young poukazuje na fakt, že následky sexuálního zneužití se týkají především těla: disociativní stavy, poruchy příjmu potravy, somatická onemocnění, sebezraňování a sebevraždy. Trauma ohrožující tělesnou integritu „*se vrývá do a často také na tělo oběti*“. Pokud oběť vykáže ložisko zneužití do těla, může toho využít pro kontrolu nad bolestivými pocity a vzpomínkami. Sebezraňování tak může sloužit ke dvěma účelům, jednak jako potrestání těla a jednak jako obrana proti disociaci skrze tělesné zakotvení.

Torrellová a Armsworthová vycházejíc z konceptu ztělesnění, vidí jako klíčový faktor u sebezraňujících se žen jejich narušený vztah ke svému tělu. Zaujatost tělem může být doložena poruchami příjmu potravy, narušením tělesného schématu, somatizací, disociací a sebezraňováním.

7.3 Sebezraňování a jiné trauma v dětství

Sebebezraňování je dáváno do spojitosti s bolestnou ztrátou blízké osoby, těžkou nemocí nebo operací v dětství, rodinným násilím, rozvodem rodičů a spory se členy rodiny.

7.4 Jiné etiologické faktory

Jako další možné faktory vedoucí k sebezraňování se uvádí pocity osamělosti a odcizení, depresivní stavy, negativní vztah k sobě a pocity méněcennosti. Ze zkoumání míry sebedůvěry a sebeúcty u adolescentů vyplynulo, že ti, kteří měli zkušenost se sebezraňováním uvedli nižší hladinu těchto rysů.

8. MECHANIZMUS VZNIKU

Existuje celá řada hypotéz pokoušejících se vysvětlit mechanismus vzniku sebezraňování.

8.1 Psychodynamický pohled

Tradiční psychoanalytický přístup vnímá sebezraňování jako viditelné vyjádření pocitů viny z agresivních a sexuálních pudů, které jsou pro ego nepřijatelné. Intenzivní pocit viny zrcadlí sadistické superego a sebepoškozující akt se stává nezkroceným vyjádřením tohoto trestajícího superega. Z tohoto přístupu vychází hypotéza vysvětlující vznik sebezraňování v návaznosti na sexuální zneužití v dětství jako reakci na pozdější přiměřenou sexuální touhu, která ale v subjektu vyvolává silné pocity viny. Sebezraňování se pak stává formou trestu vůči sobě i druhým.

Jiné psychodynamické přístupy vidí v sebezraňování odraz zápasu se silou přitahující k matce. Sebezraňování tak, především u adolescentů vyjadřuje boj o nezávislost a svobodu a přináší dočasné uspokojení

z úspěchu separace. Sebezraňování také může být efektivní cestou ke zklidnění silných afektů spojených s dysforií a navození si pocitu pohody. Může poskytovat rozptýlení od znepokojujících myšlenek, které se asociují se silnými pocity tenze. Pro jiné se může stát způsobem jak rozrušit nesnesitelné disociativní stavy a cítit se tak živými. Naplňuje tak seberegulační funkci, i když v maladaptivní a krátce trvající podobě. V sebezraňování můžeme také najít sebeuklidňující „*self-soothing*“ aspekt. Krev skýtající pocit tepla a bezpečí se stává utěšující přikrývkou halící kůži.

Několik hypotéz vychází z teorie objektních vztahů. Objektem je míněn rodič nebo pečovatel. Teorie objektních vztahů klade důraz na nejranější období lidského života, kdy se formuje vztah k sobě samému, k druhým a k okolnímu světu. Klade důraz na vztahovost a kontakt. Dva nejdůležitější vývojové úkoly člověka jsou vytvoření vazeb s druhými a oddělení se od druhých. K jejich zvládnutí je potřebná dostatečně dobrá péče rodičů. Teorie objektních vztahů umožňuje chápat patologické projevy chování v dospělosti v kontextu vývoje osobnostní struktury. Ten je významně ovlivněn traumatizujícími nebo frustračními zkušenostmi v raném dětství. (Faldyna, 2004). Zážitek zneužití nebo týrání vede k nerozvinutí důvěry ve své pečovatele, kteří jsou jedinými objekty, s nimiž dítě vchází do vztahu a kteří mu poskytují lásku. Blízké osoby jsou zároveň násilníky i ochránci. Dítě pak chápe svět jako rozporuplné místo, kde láska může bolet, kde důvěra může být rozbíjena a potřeby nenaplňovány. Ambivalentní vztah k objektům může vést k nevědomým pocitům zloby. Tyto pocity jsou nepřijatelné. Vzniká sadistické superego obracející svůj vztek proti egu, které se identifikovalo s dobrými částmi objektu. Ego tak získává masochistické rysy.

8.2 Sebezraňování jako sociální porucha

Ze sociální perspektivy lze sebezraňování chápat jako reakci na nepříznivé sociální faktory. Zneužívání v dětství, hostilní prostředí, nezaměstnanost, izolace a pokračující traumatická zkušenost jsou činitelé, které lze běžně vysledovat v anamnéze sebezraňujících se jedinců.

8.3 Sebezraňování jako biosociální porucha

Linehanová (1993) nahlíží na sebezraňování jako na biosociální poruchu. Její model je postaven na pacientech s hraniční poruchou osobnosti. Biologicky je charakteristicky přítomná zvýšená emoční senzitivita, rostoucí emoční intenzita a pomalý návrat k základnímu emočnímu nastavení. Sociálně je problém ve způsobu zvládnání (coping) této emoční dysregulace. K emoční dysregulaci může dojít následkem prožitého traumatu v dětství. Především se jedná o sexuální zneužívání, týrání a narušené mezilidské vztahy. Jádrem modelu Linehanové je tedy porucha regulace emocí, která je do určité míry vrozená a rozhodujícím způsobem je upevněna, pokud je dítě vystaveno působení systematicky diskvalifikujícího rodinného prostředí.

8.4 Sebezraňování jako komunikace

Dětské oběti opakovaného sexuálního zneužívání bývají zastrašovány, aby si pachatel vynutil jejich mlčení a zůstal neodhalen. Pokud k odhalení dojde, může se přesto stát, že i nadále zneužívání pokračuje. Děti mohou být obviněny ze lži, mohou být za vyzrazení své bolestné zkušenosti potrestány nebo může docházet k banalizaci problému. Děti se tak ocitají v neřešitelné situaci. Nemohou opustit prostředí, které je poškozující, a jsou tak odsouzené trpět, ať už promluví nebo ne. „*Držení v tajnosti*“ je dominantním rysem dětského zneužívání.

V takové situaci, když dítě nemůže o svém prožívání mluvit, se může uchýlit k sebezraňujícímu jednání.

Později se sebezraňování může stát způsobem, jak se vyrovnat se zneužíváním v dětství. Jedna z hypotéz říká, že „*deliberate self-harm*“ je cestou komunikace o svém traumatu. Neschopnost zapomenout, a k tomu neschopnost o traumatu mluvit může vést k neverbálnímu vyjádření psychické bolesti sebezraňováním. Jedinec tím zároveň získává pocit kontroly, který mu chyběl v době, kdy probíhalo zneužívání. Tuto hypotézu dále rozvíjí Strong (1998), který řezání se (*cutting*) přirovnává k pláči. Používá slovní obrat „*bright red scream*“, doslovně „*jasný rudý výkřik*“. Jak pláč, tak řezání působivě, silně a otevřeně sdělují, co jedinec prožívá ve svém vnitřním světě. Pláč má důležitou biologickou a psychologickou funkci fyziologického uvolnění napětí, strachu, zlosti a zármutku, a pokud jedinec nedokáže plakat, tak sebezraňování může posloužit jako symbolický pláč. Podobně jako u pláče, někteří lidé nejsou schopni vyjádřit, proč se sebezraňují. Pouze vědí, že jim to přináší úlevu.

8.5 Multidimenzionální přístup

Kam-shing Yip (2005) navrhl multidimenzionální pohled na mechanismus vzniku sebezraňujícího chování, který zahrnuje sociokulturní kontext a vlivy blízkých osob, rodičů a vrstevníku. Model pracuje se šesti faktory. Prvním faktorem je přítomnost stresové události, které jedinec musel čelit v dětství nebo v adolescenci ve formě sexuálního zneužívání, týrání, traumatu nebo interpersonálního konfliktu. Druhým faktorem je expozice adolescenta vysoké hladině úzkosti a napětí, buď v rámci této stresové události, nebo jiným potíží s vnějším prostředím. Třetí faktor upozorňuje na negativní sexuální zkušenost některých adolescentů. Ta může být s jejich partnery nebo v procesu sexuálního zneužívání. Čtvrtý faktor se týká schopnosti řešit zátěžové situace (coping). Během dětství a adolescence se někteří lidé nenaučí, jak se konstruktivně a přiměřeně vypořádat s frustrací a zlostí. Mají problém

s kontrolou emocí, jsou impulzivní a přehnaně reagují na stres, úzkost a frustraci. Pod vlivem těchto pěti nepříznivých podmínek mohou adolescenti nedostatečně rozvinout vlastní identitu, prožívají rozporuplné pocity vůči sobě a druhým, prožívají pocity nepřátelství a bezvýchodnosti směrem k vlastnímu životu a do budoucnosti. To je šestý faktor. Tyto faktory mohou a nemusí být přítomné v různé míře.

8.5.1 Vliv rodiny a vrstevníků

Vliv zmíněných faktorů nadto může být zesílen nepříznivým rodinným prostředím, jako je týrání, odmítání, sexuální zneužívání, spory mezi rodiči nebo rozvod. Naopak, příznivé rodinné prostředí, které zahrnuje dobrou komunikaci mezi rodiči a dítětem, stabilní rodinný život, porozumění a povzbuzení může redukovat výskyt sebezraňování u adolescentů. Podobně špatné vztahy s vrstevníky mohou zvyšovat riziko sebezraňování. Naopak, pozitivní vztahy riziko sebezraňování snižují.

8.5.2 Sociokulturní kontext

Prakticky všechny faktory, jež souvisejí se sebezraňováním u adolescentů, jsou modifikované sociokulturním kontextem. Roli hraje psychický tlak tvořený systémem vzdělávání, zaměstnáním, důležitostí fyzického vzhledu a významem tělesné krásy i toho, co je již obecně považováno za znetvoření.

8.6 Neurobiologický přístup

Výzkumů zaměřených na neurobiologické procesy bylo provedeno skromné množství. Podkladem hypotéz pracujících s neurohumorální dysfunkcí se staly především údaje ze studií příbuzných fenoménů jako je sebevražda nebo agrese. Sebepoškozující chování lze vysledovat jako odpověď na podání některých látek působících na mozek. Jedná se hlavně o návykové psychoaktivní látky jako je alkohol, heroin, amfetaminy a kofein. Mechanismus, jakým vyvolávají sebepoškozující chování není známý, ale předpokládá se vliv na neurotransmitterové pochody v různých

oblastech mozku. Sebezraňování jako symptom Lesch-Nyhanova syndromu, schizofrenie či těžké deprese také naznačuje, že významnou roli hrají neurotransmitterové abnormality.

Model založený na dysfunkci v opiátovém systému předpokládá, že u sebezraňujících se jedinců je přítomna vyšší hladina endogenních opiátů. Tím se vysvětlují subjektivní pocity částečné i totální analgezie provázející akty sebezraňování. Zvýšená hladina opiátů je chápána jako následek, nikoliv příčina sebezraňujícího chování.

U závažných forem sebezraňování byly zjištěny nižší hladiny dopaminu a jeho metabolitů v CNS. Podávání SDA antipsychotik redukovalo symptomy. Selektivní D1 antagonisté nebo duální D1 a D2 antagonisté snižovali míru sebepoškození. Modely na zvířatech prokázaly zvýšený výskyt sebezraňujícího chování po podání látek zasahujících do dopaminergního systému (Gualtieri, 2002)

Byla prokázána souvislost s nízkou hladinou serotoninu v mozkomíšním moku a historií násilného pokusu o sebevraždu. Řada studií prokázala pozitivní efekt inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) na snížení výskytu sebezraňujícího chování.

8.7 Pohled z kulturního hlediska

Kůže jako hranice mezi vnitřním a vnějším, mezi „já“ a „ne-já“ je objektem zájmu kulturních teoretiků. Narušení tělesné integrity je možno vnímat jako text, který lze číst a interpretovat. Zjizvení nebo tetování jsou trvalým vzkazem, jímž jedinec komunikuje o svém přesvědčení a sociálním statutu. V tomto kontextu je možno sebezraňování rozumět jako účinnému způsobu jak sdělit zprávu o vnitřní bolesti. Crowe (1996) říká, že tělo je upovídanou plochou, místem, kde se veřejné stýká s privátním. Na této ploše pak může docházet ke konfliktu, a pokud jedinec není schopen slovy vyjádřit napětí probíhající mezi objektivním a subjektivním, může nahradit řeč neverbálním aktem. Tělo je bitevním polem, na němž jedinec ztvárňuje zápas o svou identitu a snahu vyrovnat se s „já“. Na jedné

straně stojí „já“, které je jedinečné, osobní a subjektivní, na druhé straně pak „já“, které je sociálním předmětem, které je vymodelované a vynucené názory a zvyky vtištěné mu společností. Když se člověk sebezraňuje, stává se předmětem své vlastní tělesné zkušenosti, není předmětem zkušenosti druhých. Člověk jedná jako „já“, které je osobní a které chce vyjádřit svou vnitřní bolest a zároveň jako „já“, které je sociálním produktem a které je frustrované z toho, že se s ním nakládá jako s objektem.

9. SEBEZRAŇOVÁNÍ A SUICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ

Základní rozdíl mezi sebevražedným a sebezraňujícím jednáním je v motivaci. Lidé, kteří páchají sebevraždy se chtějí zabít, zatímco ti, kteří se sebepoškozují, se nechtějí zabít. Favazza (1996) vysvětluje, že sebevrah chce ukončit veškeré pociťování, zatímco ten, kdo se sebezraňuje, se chce cítit lépe. Koutek a Kocourková (2007) ale upozorňují, že přání zemřít nemusí být jednoznačné. Nejednoznačnost postojů ke smrti je typická pro adolescenci. Navíc i zcela vážný úmysl sebevraha zemřít může obsahovat prvky naděje. Z druhé strany, některé závažné formy sebepoškozujícího jednání mohou mít letální důsledky.

Model navržený koncem sedmdesátých let chápající autodestruktivní chování jako souvislý řetězec projevů „*continuum of selfdestructiveness*“ je zastaralý. Představa autodestruktivity jako širokého rejstříku, kdy na jedné straně spektra leží sebepoškozování a na druhé straně spektra sebevražedné chování vrcholící sebevraždou neodpovídá současným poznatkům. Sebepoškozování a sebevražedné jednání jsou dva rozdílné jevy lišící se přinejmenším psychodynamickým průběhem a motivací. To neznamená, že by mezi nimi nebyl žádný vztah. Podobnost můžeme například vysledovat v rizikových a protektivních faktorech. Navíc, sebezraňování a sebevražedné pokusy často u jedné a téže osoby koexistují. Sebezraňující se osoby trpí častěji depresí, úzkostí, beznadějí, agresivitou a impulzivitou, objevují se u nich častěji suicidální myšlenky a

mají sklon brát smrt na lehkou váhu (Stanley, 2001). Výskyt suicidálních myšlenek během sebezraňování byl zjištěn u 30 – 40%. U jedince, který se sebezraňuje je proti běžné populaci 18 krát větší pravděpodobnost, že někdy v budoucnu uskuteční sebevraždu (McAllister, 2003).

10. PRVNÍ AKT SEBEZRAŇOVÁNÍ

Zajímavý článek k tomuto tématu napsala Sarah Hodgsonová (2004). Zaměřila se na to, zdali je řezání se „*cutting*“ naučené chování a jaké strategie používají „*pořezávači*“, aby své chování před ostatními skryli. Provedla internetové interwiev s 22 subjekty, převážně s ženami z USA. Věk se pohyboval mezi 18 až 35 lety. Se sebezraňováním většina z nich začala kolem 14 – 15 roku života a řezání se sloužilo jako prostředek k úlevě od stresu a frustrace. Na otázku, jak přišli na myšlenku se pořezávat nejčastěji odpovídali, že náhodně a někteří dokonce považovali „*pořezávání se*“ za vlastní „*vynález*“. Buď uváděli běžné každodenní poranění, nebo záměrné pořezání, po kterém zjistili pocit úlevy. Většinou se shodovali, že před prvním aktem sebepořezání netušili, že jim to pomůže zmírnit nepříjemné emoce. Když to objevili, své jednání opakovali. Jiným uváděným způsobem bylo získání ideje sebepořezání z vnějšího zdroje, z internetu, z knih, od kamarádů. Někteří také zmínili existenci někoho, s kým se znali a kdo se pořezával. Ať už přišla myšlenka na to se pořezávat z venku nebo zevnitř, *pořezávači* se naučili, že je to efektivní cesta, jak regulovat svoje emoce. Hodgsonová tak ve svém článku potvrzuje současný trend pojmání fenoménu sebezraňování jako naučeného a návykového chování majícího funkci copingové strategie.

11. PRŮBĚH AKTU SEBEZRAŇOVÁNÍ

Clinical Manual of Impulse-control Disorders (2005), stejně tak Favazza (1996), Babáková (2003) a další používají při popisu dynamiky procesu sebezraňování model navržený na konci osmdesátých let Liebenluftem. Na počátku stojí precipitující událost, často ztráta významného vztahu, odmítnutí nebo opuštění. Následuje eskalace dysforie a úzkosti. Po nezdařeném pokusu zabránit sebezranění je toto vykonáno a typicky následuje krátký pocit emoční úlevy.

Velmi podobně má také v multidimenzionálním přístupu proces sebezraňování několik stupňů. Na počátku stojí nepříznivá vnější událost jako je trauma nebo interpersonální konflikt. Ta vede k nahromadění stresu a napětí až na úroveň, která je pro adolescenta nesnesitelná. Objevují se pocity prázdnoty, frustrace, depersonalizace a disociace. Adolescent sáhne k sebezraňování, aby ventiloval tyto silné a nepříjemné pocity. Sebezranění vede k uvolnění a pocitu získání kontroly.

12. TERAPIE

Základem úspěšného terapeutického přístupu je rozumět, že sebezraňování není pokusem o sebevraždu. Není ani projevem duševní choroby. Je to vyjádření silné vnitřní bolesti. Důležitá je sociální a emoční podpora. Sebezraňující se jedinci často prožívají pocity odmítnutí a opuštění. Nesoudit, akceptovat a komunikovat.

Britská publikace „The truth about self-harm (2006)“ je určena všem, kteří se potýkají s problémem sebepoškozování. V kapitole věnované pomoci jsou rady jak pro ty, kteří se poškozují, tak pro jejich blízké. Stručně lze říci, že tyto rady zahrnují jednak způsoby, jak nahradit sebezraňování jinou adaptivní formou chování (harm reduction). Techniky, které v případě krize mohou sloužit pro odvedení pozornosti od sebezraňování (distraction techniques) zahrnují takové možnosti jako je např. pomalování se rudým fixem nebo vybíjení hněvu na dostupných

předmětech. Doporučuje se vyřešit problémy ležící v pozadí sebezraňujícího chování a dodržovat zdravý životní styl. Pokud je svépomoc nedostačující, je třeba vyhledat odbornou pomoc.

U povrchového sebezraňování došlo v průběhu let k výraznému posunu v pohledu na léčbu. Pozornost se odklonila od psychodynamické psychoterapie směrem k farmakoterapii a ke krátkodobějším formám psychoterapie. Navzdory stále ještě přetrvávajícím zbytkům psychodynamicky orientovaných přístupů používaných k pochopení fenoménu sebezraňování, současná léčba se zaměřuje především na odstranění symptomů, kognitivně behaviorální techniky a na použití psychofarmak. Babáková (2003) uvádí, že terapie dětí a adolescentů se symptomem sebepoškození je náročná a zdlouhavá, vyžaduje velkou dávku trpělivosti a osobních zkušeností.

12.1 Farmakoterapie

Dosud nebyla provedena dvojitě-slepá, placebem kontrolovaná studie zaměřená specificky na léčbu povrchového sebezraňování. Americký úřad pro dohled nad potravinami a léčivy (FDA) neposkytuje žádné doporučení pro farmakoterapii. Jsou ale zdokumentovány účinky některých léků na redukci sebepoškozujícího jednání především u pacientů s hraniční strukturou osobnosti. U těchto pacientů směrnice americké asociace psychiatrů doporučuje použití SSRI.

12.1.1 Serotonine reuptake inhibitors (SSRI)

Na dospělých pacientech s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti byl prokázán příznivý efekt SSRI na tlumení agrese a iritability, bez ohledu na změny v náladě a úzkosti. Studie udávají příznivý efekt fluoxetinu, venlafaxinu a sertralínu na redukci sebezraňujícího jednání.

U dětí se jako vysoce efektivním jeví použití fluoxetinu, zatímco například triciklická antidepresiva jsou bez účinku (Clarke, Whitaker, 1998).

12.1.2 Stabilizátory nálady

V osmdesátých letech provedná studie s karbamazepinem prokázala významný pokles nekontrolovatelného chování u hraniční poruchy osobnosti. Výsledek je nejednoznačný pro malý počet probandů. Jiná studie z poloviny devadesátých let rozdíl mezi karbamazepinem a placebem na léčbu deprese a nekontrolovatelného chování neprokázala.

Pozornost se nedávno zaměřila na valproát a novější antikonvulziva. Bohužel vliv valproátu na výskyt sebezraňujícího jednání nebyl odděleně hodnocen. O novějších antikonvulzivech jsou publikované klinické zkušenosti sporadické. Existuje několik klinických kazuistik popisujících příznivý vliv topiramátu.

12.1.3 Atypická antipsychotika

Klinické kazuistiky informují o dobrém efektu olanzapinu a quetiapinu. Studie s nízkými dávkami risperidonu zaměřená na zlepšení symptomů u hraniční poruchy osobnosti prokázala dobrý efekt na redukci agresivity a deprese (Rocca, 2003).

12.1.4 Antagonisté opioidů

S úspěchem byl vyzkoušen Naloxon a Naltrexon.

12.2 Psychoterapie

Za zvlášť účinnou se v současnosti považuje dialektická behaviorální psychoterapie (DBT). Kromě ní eviduje literatura posledních dvaceti let rozmanité další přístupy zahrnující psychodynamickou psychoterapii, která je spolu s DBT doporučena americkou asociací psychiatrů, skupinovou terapii, hypnózu a relaxační techniky, arteterapii a různé eklektické přístupy. U dětí je nezbytný kontakt s rodinou. Doporučuje se rodinná terapie.

12.2.1 Dialektická behaviorální terapie

DBT je strukturovaná psychoterapie vyvinutá Linehanovou pro léčbu chronicky suicidálních pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Probíhá ambulantně a spočívá v kombinaci individuální „*dialektické*“ terapie (terapie rozhovorem o protikladných postojích a chování), která je zaměřena na zvýšení schopnosti přijmout, tolerovat a zvládnout své emoce a skupinové „*behaviorální*“ terapie, zaměřené na nácvik sociálních dovedností. Pět kontrolovaných studií prokázalo, že takto pojatý přístup snižuje frekvenci sebepoškozování, zlepšuje sociální přizpůsobení a snižuje závažnost užívání drog ve srovnání s běžnou zdravotní péčí.

DBT přístup předpokládá, že každá dysfunkce plní zároveň nějakou funkci. Každá jednotlivá součást dysfunkčního systému tak musí být chápána v kontextu celku. Z tohoto pohledu můžeme na sebepoškozování nahlížet jako na život zachraňující copingovou strategii, pomocí níž se jedinec vyrovnává s nadměrnými životními požadavky, třebaže destruktivním způsobem.

V terapii se využívá různých strategií jako je ověření platnosti, systematické řešení problémů, expozice či nácvik dovedností zvládat svoje emoční stavy a kontrolovat impulzivitu. Roční a delší terapie má velmi dobrý vliv na redukci sebezraňujícího chování, efekt ale nebyl prokázán, pokud terapie trvala dobu kratší než půl roku.

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo představit projevy autodestruktivity, se kterými se můžeme setkat u dětí a adolescentů. Pokusil jsem se ukázat, že nejen agrese vůči druhým, ale i agrese vůči sobě samému je přirozenou a dokonce běžnou součástí rozmanitého spektra lidského chování. Mou snahou bylo shrnout současné poznatky a srozumitelnou formou je prezentovat čtenáři. Věřím, že tento cíl práce byl naplněn. Jsem si přesto vědom, že předpokladem pro porozumění tématu je psychologické nebo medicínské vzdělání. Za důležité považuji především první kapitoly zabývající se definicemi a klasifikací. Díky nim lze nahlédnout, že autodestrktivní chování zahrnuje ohromnou paletu různých způsobů jednání a daleko překračuje hranice psychopatologie. Ve své práci jsem se zaměřil především na fenomén úmyslného sebezraňování a to v povrchové formě, která je často k vidění u dětí a adolescentů, aniž by byla projevem psychiatrické poruchy.

Za důležité považuji rozumět, že sebevražda, sebepoškozování a sebezraňování nejsou synonyma. Porozumění rozdílům v motivaci, projevech a intrapsychických procesech je zásadní. Člověk je uvržen v bytí bez vlastního souhlasu, napsal německý filozof Martin Heidegger. Je konečnou pravdou, že život je naplněný trápením a lidský úděl se může stát nesnesitelným. Tehdy buď člověk rezignuje a vzdává se života nebo hledá způsob, jak trápení překonat. Úmyslné povrchové sebezraňování není rezignace na život, ale zápas se životem. Člověk se skrze tělesnou bolest pokouší překonat bolest psychickou

Období dětství a adolescence je obdobím zranitelnosti. Emočně i kognitivně nedospělý člověk je hůře připraven na konfrontaci se základními podmínkami existence, které jsou součástí lidského údělu. Pokud je navíc zatížen diskvalifikujícím rodinným prostředím může se jeho obrana proti existenčním těžkostem stát maladaptivní a sebepoškozující. Ať už adolescent trpí depresí, interpersonálními a sociálními potížemi, sexuálními konflikty, nebo se jen potýká s přirozenými vývojovými obtížemi, může hledat katarzi, kontrolu a komunikaci skrze sebezraňování.

Vysvětlení mechanismů, které ho k tomu vedou je obtížné. Představil jsem různé přístupy pokoušející se porozumět fenoménu úmyslného sebezraňování. Je zřejmé, že je to komplexní fenomén, který zasahuje jak úroveň samotného individua, tak úroveň celé společnosti. Roli hrají nejen vnitřní faktory, ale v silné míře i faktory umístěné mimo jedince. Řada výzkumníků se shoduje, že v pozadí úmyslného sebezraňování leží traumatická dětská zkušenost. Zde lze pak nalézt apel na odpovědnost rodičů a společnosti vůči těm, kteří patří k nejslabším.

SOUHRN

Cílem této práce je seznámit čtenáře s fenoménem autodestruktivity u dětí a adolescentů. Autodestruktivní chování lze rozdělit na dvě základní kategorie s odlišnou motivací, způsoby projevu a psychodynamikou: sebepoškozující chování a sebevražedné chování. Specifickou skupinou sebepoškozování je sebezraňování, úmyslné a neletální poranění vlastního těla. S úmyslným sebezraňováním se můžeme setkat jednak jako s kulturně přijatelnou formou chování zahrnující například tetování nebo piercing a jednak jako s příznakem různých psychiatrických poruch. Práce klade důraz na přesné vymezení pojmů a zpřístupnění srozumitelné klinické klasifikace. Závažné automutilace zahrnují jednorázové akty sebezmrzačení, jako jsou enukleace nebo autokastrace, které se často sdružují s psychotickým onemocněním nebo intoxikací. Stereotypní sebezraňování zahrnuje projevy sebezraňování viděné u těžkých mentálních retardací, jako jsou například úderý hlavou nebo kousání se a štípání. Hlavní pozornost je věnována povrchovému sebezraňování, které se projevuje nejčastěji pořezáváním se na předloktí a zápěstí a popálením kůže horkými předměty. Tento typ je často viděn u dětí a adolescentů a nemusí se pojít s žádným psychickým onemocněním ani poruchou osobnosti. Text seznamuje s hlavními charakteristikami povrchového typu sebezraňování. Zamýšlí se nad etiologií, funkcí, psychodynamickými aspekty a terapií.

SUMMARY

The goal of this diploma paper is to introduce autodestructive behavior among children and young people. Autodestructiveness could be divided into two categories: self-harming behavior and suicidal behavior, which differ in their intention, method and psychodynamic process. Specific category of self-harming behaviour is self-injurious behaviour, deliberate, nonlethal destruction of one's own body tissue, which may occurs in culturally sanctioned practices as tattooing or piercing, but also as a symptom in various psychiatric diagnoses. The paper places emphasis on precise circumscription and clear clinical classification. Major automutilation includes infrequent acts such as eye enucleation and castration, commonly associated with psychosis and intoxication. Stereotypic self-injurious behavior includes such acts as head banging and self-biting most often accompanying severe mental retardation. The attention of this paper is given to superficial self-injurious behavior such as skin-cutting and burning, which is mostly seen among normally developing children and teenagers. The principal characteristics are described. Etiology, function, psychodynamic point of view and therapeutic modes of treatment are contemplated.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AllPsych Online. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)* [online]. 15.5.2004 [cit. 2008-07-25]. Dostupný z WWW: <<http://allpsych.com/disorders/dsm.html>>.
2. BABÁKOVÁ, Libuše. Sebepoškozování v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi*. 2003, roč. 4, č. 4, s. 165-168.
3. CLARKE, Liam, WHITTAKER, Margaret. Self-mutilation: culture, contexts and nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 1998, vol. 7, no. 2, s. 129-137.
4. DIMMOCK, Margaret, GRIEVES, Sue, PLACE, Maurice. Young people who cut themselves - a growing challenge for educational settings. *British Journal of Special Education*. 2008, vol. 35, no. 1, s. 42-48.
5. FALDYNA, Zdeněk. Psychologické aspekty vývoje osobnosti - pohled prostřednictvím teorie objektních vztahů. *Pediatric pro praxi*. 2004, roč. 5, č. 4, s. 195-197.
6. FAVAZZA, Armando. *Bodies Under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. 2nd edition. [s.l.] : JHU Press, 1996. 373 s. Dostupný z WWW: <<http://books.google.cz/books?id=BwQT9fdZNdGc&printsec=frontcover&sig=ACfU3U0Kb5pcTMJMSEBYBTtMwjJNtvQpsw>>. ISBN 0801853001.
7. FROMM, Erich. *Strach ze svobody*. 1. vyd. Praha : Naše Vojsko, 1993. 158 s. ISBN 80-206-0290-9.
8. GUALTIERI, Thomas. *Brain Injury and Mental Retardation: Psychopharmacology and Neuropsychiatry*. 1st edition. [s.l.] : Lippincott Williams & Wilkins, 2002. 509 s. Dostupný z WWW: <http://books.google.cz/books?id=Im_zSMFMTkEC&printsec=frontcover&sig=ACfU3U1P4xE7zwPhi_KQS4Tj5sGW749A9A>. ISBN 0781734738.
9. HODGSON, Sarah. Cutting through the Silence : A Sociological Construction of Self-Injury. *Sociological Inquiry*. 2004, vol. 74, no. 2, s. 162-179.
10. HOLLANDER, Eric, STEIN, Dan. *Clinical Manual of Impulse-control Disorders*. 1st edition. [s.l.] : American Psychiatric Pub, Inc, 2005. 347 s. ISBN 1585621366
11. HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha : Tigris, 2004. 883 s. ISBN 80-900130-7-4
12. KABÍČEK, Pavel. Nová morbidita mládeže. *Sanquis*. 2006, roč. 8, č. 48, s. 16-16. Dostupný z WWW: <http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=753>.
13. KING, Robert, APTER, Alan. *Suicide in Children and Adolescents*. [s.l.] : Cambridge University Press, 2003. 320 s. Dostupný z WWW: <<http://books.google.cz/books?id=SEq1nvPblTMC&printsec=frontcover&sig=ACfU3U3JbPsa3q6Jg7CieXfU8qjlb6vW9w>>. ISBN 0521622263.
14. KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Zlo na každý den*. 1. Vyd. Praha : Galén, 2001. 390 s. ISBN 80-7262-088-6

15. KOUTEK, Jiří, KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování : Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. 127 s. ISBN 80-7367-349-5.
16. KURTZ, Patricia, et al. Functional analysis and treatment of self-injurious behavior in young children:a summary of 30 cases. *Journal of applied behavior analysis* . 2003, vol. 36, no. 2, s. 205-219.
17. MARCKMANN, Silke, et al. Genital Self-mutilation and Erotomania. *German Journal of Psychiatry*. 2005, **no. 1, s. 100-101**. Dostupný z WWW: <<http://www.gjpsy.uni-goettingen.de/gjp-article-marckmann.pdf>>.
18. MCALLISTER, Margaret. Multiple meanings of self harm: A critical review. *International Journal of Mental Health Nursing* . 2003, vol. 12, no. 3, s. 177-185.
19. Mental Health Foundation. *Truth About Self-Harm* [online]. 6.2006 [cit. 2008-07-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.mentalhealth.org.uk/publications/?EntryId5=38714>>.
20. National Institute for Clinical Excellence. *Self-Harm Scope : clinical guidelines for the NHS in England and Wales on the management of intentional self-harm* [online]. 14.5.2002 [cit. 2008-07-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/Self-HarmScopeFinalV3140502.pdf>>.
21. Oxford Monitoring system for Attempted Suicide. *Deliberate self-harm : annual report 2006* [online]. 18.2.2008 [cit. 2008-07-25]. Dostupný z WWW: <<http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csr/monitoring.html>>.
22. PLANTE, Lori, HAYWARD, Chris. *Bleeding to Ease the Pain: Cutting, Self-Injury, and the Adolescent Search for Self*. 1st edition. [s.l.] : Greenwood Publishing Group, 2007. 186 s. Dostupný z WWW: <http://books.google.cz/books?id=XgO2u4GmBdQC&printsec=frontcover&source=gbs_summary_r&cad=0>. ISBN 0275990621.
23. POMEROY, Claire, et al. *Medical complications of psychiatric illness*. 1st edition. [s.l.] : American Psychiatric Pub, 2002. 215 s. ISBN ISBN 0880488077.
24. PRAŠKO, Ján, et al. *Sebepoškození : STUDIJNÍ MATERIÁL pro účastníky Výchovného kurzu KBT 2005–2009 ODYSSEA – Mezinárodní institut KBT* [online]. 2005 [cit. 2008-07-25]. Dostupný z WWW: <http://www.kbtinstitut.cz/materialy/jano/prasko_herman_doubek_praskova_sebe_poskozovani.pdf>.
25. ROCCA, P., et al. Treatment of borderline personality disorder with risperidone. *The Journal of clinical psychiatry*. 2002, vol. 63, no. 3, s. 241-244.
26. RODHAM, K., HAWTON, K., EVANS, E. Reasons for deliberate self harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child &*. 2004, vol. 43, no. 1, s. 80-87.
27. SHAW, Sarah Naomi. Shifting Conversations on Girls' and Women's Self-Injury: An Analysis of the Clinical Literature in Historical Context. *Feminism & Psychology*. 2002, vol. 12, no. 2, s. 191-219.

28. SIMEON, Daphne, HOLLANDER, Eric. *Self-Injurious Behaviors: Assessment and Treatment*. 1st edition. [s.l.] : American Psychiatric Pub, 2001. 210 s. Dostupný z WWW:
<<http://books.google.cz/books?id=XAZtKwiLhB0C&printsec=frontcover&sig=ACfU3U0zq5JKWLeeVzr12hTJaAns5bxlLw>>. ISBN 0880488085.
29. STANLEY, Barbara, et al. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?. *The American Journal of Psychiatry*. 2001, vol. 158, no. 3, s. 427-432.
30. TOSHIHIKO, Matsumoto, et al. Self-burning versus self-cutting: Patterns and implications of self-mutilation; a preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005, vol. 59, no. 1, s. 62-69.
31. TURELL, Susan, ARMSWORTH, Mary. Differentiating incest survivors who self-mutilate. *Child Abuse & Neglect*. 2000, vol. 24, no. 2, s. 237-249.
32. YIP, Kam-shing. A Multi-Dimensional Perspective of Adolescents' Self-Cutting. *Child and Adolescent Mental Health*. 2005, vol. 10, no. 2, s. 80-86.
33. YOUNG, L. Sexual abuse and the problem of embodiment. *Child Abuse & Neglect*. 1992, vol. 16, no. 1, s. 89-101.

