

SEBEPOŠKOZOVÁNÍ V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI

MUDr. Libuše Babáková

Ambulance dětské a dorostové psychiatrie, FN Brno-Bohunice

Cílem práce je představit klinický obraz sebepoškození v dětské populaci. Rozčleňuje sebepoškození do dvou kategorií, a to jednak na sebepoškození spojené s poruchami vývoje osobnosti, dále pak na sebepoškození vázané na pobyt v ústavních zařízeních. Mapuje jejich základní charakteristiky. Dále se věnujeme etiologickým a patofyziologickým otázkám sebepoškození v dětství a adolescenci z hlediska biochemického a psychodynamického. Zamýšlíme se nad možnostmi terapeutického ovlivnění jak psychofarmaky, tak i psychoterapeutickými a socioterapeutickými metodami.

Klíčová slova: sebepoškození, automutilace, dětství a adolescence, hraniční porucha osobnosti, narcistická porucha osobnosti, rodinný systém.

SELMUTILATION IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCY

The goal of this paper is to introduce the clinical picture of self mutilating in children. The self mutilation could be divided into two categories: self mutilating related to disorders of personality development and that one associated with the stay in institutions. Their principal characteristics are describes. The attention is being given to etiologic and pathophysiologic issues of self mutilating in childhood and adolescence from biochemical and psychodynamic point of view. The therapeutic modes of treatment both with psychiatric agents and psychotherapeutic and sociotherapeutic methods are contemplated.

Key words: self mutilating, automutilation, childhood and adolescence, borderline personality disorder, narcissistic personality disorder, family system.

Klinický obraz

Pod pojmem sebepoškození (self-injuring behavior, SIB) rozumíme úmyslné narušení vlastní tělesné integrity. K sebepoškození dochází bez účasti cizí osoby a zahrnuje stavy se sebevražedným úmyslem nebo sexuální aktivity. Obraz sebepoškození je neohraničený, ve smyslu formy, kvantity a míry naléhavosti (26). Objevuje se v kategoriích psychických poruch napříč diagnostickým spektrem, ale i v přirozené a společensky tolerované podobě.

Může jít o řezná poranění kůže zápětí, předloktí, hřbetů rukou, popálení od cigarety, škrábance nehtem ale i po leptání. Byly popisovány kazuistiky extrémní onychofagie či zlomeniny zubů a destrukce peridentální sliznice.

Ve studii 6020 britských adolescentů ve věku 15 a 16 let uvedlo záměrné sebepoškození v předchozím roce 6,9 % z nich. Z toho jen 12,6 % navštívilo pro sebepoškození nemocnici. Převahu pak tvořily dívky nad chlapci v poměru 4:1 (9).

Z klinického hlediska rozeznáváme dvě hlavní kategorie, ve kterých se sebepoškození vyskytuje.

1. Sebeпоškození u dětí v ústavních zařízeních

Jedná se o zařízení především výchovného či nápravného charakteru.

Byla zjištěna vyšší míra sebedestruktivního chování u adolescentů s delikventním chováním než u kontrolní skupiny, a to jak u chlapců, tak u děvčat (25). Mezi projevy sebepoškození u dospívajících s poruchami chování ve výchovných zařízeních patří i vyřezávání znaků či písmen na kůži a pálení cigaretou. Mechanismem vzniku tohoto chování je snaha o skupinovou identifikaci. Postrádá impulzivní charakter a tím se odlišuje od dalších způsobů sebepoškození. Četnost sebepoškození ve vězeních je v dospělé populaci mužů 2,2–7,7 %. Mezi predisponující faktory sebepoškození ve vězeních patří agresivita, vyvo-

lávání konfliktů a potyček, výbuchy vzteku, zneužívání drog a úzkost (2).

Již u primitivních národů můžeme zjistit rituální sebezraňování za účelem ať už ozdobným (tetováž, vytváření kožních jizev), ale také jako znamení příslušnosti k určité sociální vrstvě či skupině. Může jít i o separační a iniciační rituály, kdy poranění navenek plní viditelně funkci přechodu dítěte do dospělosti. V současnosti můžeme vidět podobné rituální sebezraňování např. u hinduistických svatých mužů, které vyjadřuje jasnou náboženskou příslušnost eventuálně výjimečnost. Tetováž je u adolescentů civilizovaného světa viditelným znamením příslušnosti k určité sociální skupině – ať už se jedná o nacistické symboly u skinheadů, či specifické značky příslušnosti k pouličnímu gangu. Podobnou funkci plní i piercing. Jeho držitel naznačuje např. příslušnost k subkultuře tzv. „anarchistů“. Prožitá bolest je pak jasným důkazem loajality ke skupině.

Podobný mechanismus lze vysledovat i u tzv. „epidemií pořezávání“, které jsou známé z výchovných či léčebných zařízení. Toto chování je ve svých projevech na hranici s druhým, pasivním typem sebepoškození. I zde můžeme spatřovat jistou touhu především děvčat patřit mezi „elitu“. K tomuto tvrzení může přispět i fakt, že když se na našem psychiatrickém oddělení objevilo pořezávání u mentálně retardovaného, neatraktivního a neoblíbeného děvčete, u ostatních, v té době hospitalizovaných děvčat se stejnou problematikou, sebepoškození ustalo.

2. Sebeпоškození vázané na poruchy osobnosti

Řada autorů nachází spojitost sebepoškozujícího chování s hraniční strukturou osobnosti. Uvádí se, že kritéria DSM-IV klasifikace pro hraniční poruchu osobnosti splňuje 70–80 % pacientů se sebepoškozením s průměrným věkem 19 let (13). Souvislost sebepoškozujícího chování s hraniční strukturou osobnosti je ovšem zmiňována až od

osmdesátých let. V 60. letech Graff poprvé užil termín „pořezání zápěstí“ (wrist-cutter) (7). Povšimnul si odlišnosti „pořezání“ od jiných suicidálních pokusů, ale ponechal zatím toto chování mezi sebevražedným jednáním.

Následně pak Pattison a Kahan definovali nový termín „syndrom záměrného sebepoškození“ (deliberate self-harm syndrom) a vydělili sebepoškození z kategorie suicidálních pokusů. Ale až další autoři začali spojovat tento druh chování s určitými osobnostními rysy a syndrom záměrného sebepoškození byl doplněn o termín „hraniční sebepoškození“ (borderline self-mutilator). Deliberate self-harm syndrom má širší pojetí. Zahrnuje sebepoškození.

1. u hraniční poruchy osobnosti
2. u hraniční poruchy osobnosti spojené s poruchami příjmu potravy
3. u hraniční poruchy osobnosti spojené s organickým poškozením centrálního nervového systému (CNS)
4. u poruch příjmu potravy
5. u dissociální poruchy osobnosti.

Liebenluft popsal v průběhu aktu sebepoškození šest stadií (13):

1. precipitující událost – například ztráta významného vztahu
2. eskalace dysforie a úzkosti
3. ideace sebepoškození
4. pokusy k odvrácení sebepoškozujícího jednání
5. sebepoškození
6. uvolnění tenze.

V literatuře byla zkoumána souvislost sebepoškození s vnímáním bolesti (24). Částečná analgezie byla zjištěna až u poloviny pacientů. Sami pacienti sdělují, že subjektivní pocity analgezie jsou vázané na očekávání následného uvolnění tenze. Signifikantně méně pocítovali bolest pacienti se sebepoškozujícím jednáním než kontrolní skupina a zároveň se pocity analgezie prohloubily ještě více, pokud byly zkoušené osoby vystaveny silnému stresujícímu faktoru. Vzhledem k tomu, že pocity anestezie bývají spojovány s pocity derealizace a depersonalizace, někteří autoři mají za to, že anestetizace je zdánlivá, na podkladě dissociativních procesů.

Někteří autoři se věnují zkoumání souvislostí mezi sebepoškozením a sexuální zneužíváním v dětství. Ve skupině sexuálně zneužívaných žen v dětství se sebezraňování objevovalo častěji než ve skupině kontrolní. Mechanismus vzniku sebepoškození v návaznosti na časné sexuální zneužívání je vysvětlován tím, že následná přiměřená sexuální touha je provázána extrémními pocity viny. Sebeškození je pak formou trestu nemířenou nejen vůči sobě, ale zároveň i proti pachateli sexuálního násilí.

Na začátku 70. let je popisována souvislost mezi sebepoškozením a poruchami příjmu potravy (3, 4, 12, 18). Udává se, že 33–39 % pacientek léčených pro mentální bulimii má v anamnéze historii sebepoškození. Zajímavým faktem je to, že pacientky, které při svých očistných ritu-

álech používaly laxativa, mají historii sebepoškození ve 41 %, zatímco ostatní jen ve 26 %.

Stejně tak existuje příbuznost mezi sebepoškozením a dalšími psychickými poruchami, jejichž společným znakem je porucha kontroly impulzů, jako je např. zneužívání psychoaktivních látek a OCD porucha. Sem můžeme řadit i další impulzivní poruchy (např. gambling) a také některé společensky tolerované aktivity, jako jsou tzv. adrenalinové sporty či jiné riskantní činnosti.

Uvádí se zvýšené riziko sebevražedných pokusů u osob se sebepoškozením.

Etiologické faktory sebepoškození

Psychodynamické aspekty sebepoškození

Z psychodynamického hlediska existuje několik teorií mechanismů sebepoškození.

K vysvětlení motivace Kafka (10) využil Winnicottův koncept přechodných objektů. Vycházel ze sdělení klientů, kteří popisovali příjemné pocity uvolnění při perцепci krve na kůži. Krev je pak ve spojení s internalizovanou reprezentací matky, kterou subjekt hledá v dobách krize, jako konejšív objekt. Tak motivací k sebepoškození zůstává touha k redukci pocitů tenze. K provedení automutilace je pak nezbytné, aby kůže byla považována za „not-me“ objekt. Pao (21), vzhledem k pocitům derealizace a depersonalizace u sebepoškozujících se, před začátkem řezání předpokládal stav alter ega. Tito pacienti mají sklon k primitivním obranným mechanismům, jako je popření, splitting (štěpení) a projektivní identifikace.

Kernberg (11) se věnuje u lidí se sebepoškozením manifestacím tzv. morálního masochizmu. Subjekt, jako důsledek nevědomého pocitu viny, vyhledává pozici oběti, aniž by v tomto chování bylo přímo obsaženo sexuální uspokojení. Dle Kernberga ti, kdo vybijí agresí nekorigovaně vůči sobě samým a směřují ji vůči vlastnímu tělu, postrádají integraci superega a nemají schopnost prožívat vinu.

Autodestruktivní pacienty pak rozděluje do tří skupin.

První skupinu tvoří pacienti, kteří odpovídají nejlépe popisu hraniční poruchy osobnosti v DSM IV a také osoby s predominantní histrionskou nebo infantilní osobnostní strukturou. Autodestruktivní chování se projeví tehdy, když prožívají intenzivní hněv nebo hněv spojený s depresivní rozladou. Jde o nevědomé úsilí znovu nastolit kontrolu nad centrálními objekty tím, že v nich vyvolávají pocity viny. Osobnostní struktura je charakterizovaná patologií objektních vztahů a obrannými mechanismy ve kterých hraje hlavní úlohu splitting.

Vážnější typ automutilačního chování nebo suicidálních tendencí lze nalézt u pacientů s tzv. „maligním narcizmem“. V kontrastu s 1. skupinou vytvářejí spíše distanci od druhých. Autodestruktivní chování se u nich objevuje tehdy, když je znehodnocena jejich patologická grandiozita, což u nich ústí v traumatické prožitky ponížení a devalvace.

Třetí typ chronického autodestruktivního chování je nalézána u psychotických stavů, které imitují hraniční patologii.

Biologické aspekty sebepoškozování

Dosavadní poznatky se opírají o pozorování dysfunkcí neurohumorálních systémů.

Opiátový systém

Expozice bolestivé situaci nebo jen její očekávání zvyšuje hladiny endogenních opiátů. Předpokladem optimálního fungování fyziologických reakcí na bolest je existence bazální hladiny endorfinů v období relaxace. Model sebepoškozování založený na dysfunkci opiátového systému předpokládá insuficienci právě v nastavení této hladiny. U pacientů přijatých pro sebepoškozování byly zjištěny vyšší hladiny metenkefalinu než u skupiny kontrolní. To vysvětluje i popisované pocity analgezie během sebepoškozování.

Netradiční pokus učinil Thurauf (24). Ten podával pacientům s anamnézou sebepoškozování a zároveň hraniční poruchou osobnosti exogenní opiáty (morfin) a zjistil signifikantní zhoršení sebepoškozujících aktivit. Primární je potřeba prožívat bolest a dysfunkci v opiátovém systému u sebepoškozujících se pacientů s hraniční poruchou lze považovat za sekundární.

Dopaminergní systém

U závažných forem sebepoškozování se předpokládá hypersenzitivita dopaminergních receptorů. Byly také zjištěny nižší hladiny dopaminu a jeho metabolitů v CNS. Toto zjištění také koresponduje s redukcí symptomu při podávání SDA neuroleptik. Selektivní D1 antagonisté nebo duální D1 a D2 antagonisté míru sebepoškozování snižují, zatímco selektivní antagonisté D2 receptorů tento účinek nemají (6, 16).

Serotoninergní systém

Ještě v 70. letech bylo referováno o dramatickém snížení sebepoškozování u dětí s mentální retardací při podávání 5-hydroxytryptofanu, prekursoru serotoninu. Vycházelo se z předpokladu, že sebepoškozování je jen formou agresivity a ta je spojena s deplecí serotoninu v CNS. V liquoru sebepoškozujících se pacientů byly zjištěny nižší hladiny 5-hydroxyindolové kyseliny (5-HIAA) (15, 19).

Léčba**Farmakoterapie**

Již dříve popsané poruchy neurotransmiterových systémů dávají tušit ev. možnosti farmakoterapie.

K ovlivnění opiátového systému byly s úspěchem zkoušeny opiátoví antagonisté Naloxon, Naltrexon. V našich podmínkách je jejich podávání dostupné jen velmi omezené jednak pro náročnost aplikace a také pro značnou nákladnost (5).

Antidepresiva. U SSRI se využívá se příznivého efektu serotoninu na tlumení impulzů. Redukci sebepoškozujícího chování zaznamenal Bloch (2001) (1) u fluoxetinu. U novějších typů antidepresiv (s kombinovaným působením

na další neurotransmiterové systémy) jsou dosud publikované zkušenosti pouze sporadické, jako např. popisovaný příznivý efekt venlafaxinu na terapii sebepoškozování u pacientky s hraniční poruchou osobnosti (14).

Dopaminergní systém pak příznivě ovlivňují *neuroleptika*. Z klasických neuroleptik byly popisované příznivé účinky haloperidolu, depotního flufenazinu. Pro nižší účinnost není doporučováno používat selektivní blokátory D2 receptorů (Sulpirid).

Novou možností v léčbě autoagresivity se stala *atypická neuroleptika*, která spojují příznivé účinky jak na serotoninový tak i dopaminový systém. U dětí byly publikované studie s risperidonem (23, 28) s příznivým efektem na problematiku SIB (8, 28). V jednotlivých kazuistických sděleních se pak uvádí i dobrý efekt olanzapinu a clozapinu (27).

Karbamazepin je další vhodnou možností zvláště u mentálních retardací, kde nacházíme mnohdy EEG abnormality. Můžeme použít i některá další antiepileptika jako lamotrigin či kys. valproovou.

Lithium. Příznivý efekt lithia byl popisován v řadě studií (20). Byla však zjištěna vyšší náchylnost k toxickým projevům terapie lithiem u organicky disponovaného terénu CNS.

Dále v jednotlivých sděleních byly popisované příznivé efekty při léčbě propranololem, baclofenem, trazodonem, trankvilizery či klonidinem.

Další biologické terapie

V některých velmi specifických případech bylo s úspěchem užito operativní limbické leukotomie. Dále byl popisován příznivý efekt ECT terapie, zvl. u psychotických pacientů. U dospělých pacientů byla s úspěchem vyzkoušena transkraniální magnetická stimulace. U dětí dosud tato metoda nebyla použita.

Psychoterapie

Psychoterapeutické přístupy je více než nutné strukturovat podle jednotlivých subtypů zmiňovaných v předchozích oddílech.

Behaviorální techniky ať už negativního či pozitivního posilování se uplatní především u mentální retardace a přidružených poruch (17).

V individuální terapii pacientů s hraniční strukturou osobnosti je velmi obtížné zvládat primitivní obranné mechanismy. Bližší jsme se zmiňovali o psychodynamických mechanismech v příslušné kapitole.

U dětí je nezbytný kontakt s rodinou pacienta. Rodinná terapie je na místě jak u vnitřních, tak i vnějších typů sebepoškozování. Základním předpokladem je fakt, že ostatní členové rodiny jsou symptomem ovlivnění, a zároveň sami symptom ovlivňují. I u mentálně retardovaných můžeme hledat kontextuální souvislosti, které symptom udržují nebo redukuje.

Socioterapie

Touha adolescentů po identifikaci může být saturována svépomocnými organizacemi, které nabízejí kontakty s dobrovolníky s nabídkou efektivních aktivit.

Komunitní terapie je vhodná i u adolescentů s hraniční strukturou osobnosti, i u nich může docházet zpětnovazebnými mechanismy ke korekci sociálně maladaptivního chování.

Literatura

1. Bloch MR, Elliott M, Thompson H, et al. Fluoxetine in pathologic skin-picking: open-label and double-blind results. *Psychosomatics (United States)*, Jul-Aug 2001; 42 (4): 314–319.
2. Dolin IH, Kelly DB, Beasley TM. Chronic self-destructive behavior in normative and delinquent adolescents. *J Adolesc* 1992; 15 (1): 57–66.
3. Favaro A, Santonastaso P. Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis (United States)*, 2000; 188 (8): 537–542.
4. Favazza AR, DeRose L, Cornerio K. Self-mutilation and eating disorders. *Suicide Life Threat Behav* 1989; 19: 352–361.
5. Godart NT, Agman G, Perdereau F, et al. Naltrexone treatment of self-injurious behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (United States)*, Sep 2000; 39 (9): 1076.
6. Goldstein M, Meller E. The role of central dopamine in movement disorders, in *Receptors and Ligands in Neurological Disorders*. Edited by Sen AK, Lee T. Cambridge, Cambridge University Press, 1988.
7. Graff H, Mallin R. The syndrome of the wrist cutter. *Am J Psychiatry* 1967; 124: 527–534.
8. Hammock RG, Schroeder SR, Levine WR. The effect of clozapine on self-injurious behavior.
9. Hawton K, Rodham K, Evans E, et al. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ (England)*, 2002; 325 (7374): 1207–1211.
10. Kafka JS. The body as transitional object: a psychoanalytic study of a self-mutilating patient. *Br J Med Psychol* 1969; 42: 207–212.
11. Kernberg OF. *Agression in personality disorders and perversions*. Yale University Press 1992.
12. Lane RC. Anorexia, masochism, self-mutilation, and autoerotism: the spider mother. *Psychoanal Rev (United States)*, 2002; 89 (1): 101–123.
13. Leibenluft E, Gardner DL, Cowdry RW. The inner experience of the borderline self-mutilator. *J Personality Disorders* 1987; 1317–1324.
14. Leibowitz MR, Quitkin FM. Phenelzine vs imipramine in atypical depression. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 669–677.
15. Lopez-Ibor JJ, Saiz-Ruiz J. Biological correlations of suicide and aggressivity in major depressions (with melancholia): 5-hydroxyindoleacetic acid and cortisol in cerebral spinal fluid, dexamethasone suppression test and therapeutic response to 5-hydroxytryptophan. *Neuropsychobiology* 1985; 14: 67–74.
16. Loyd KG, Hornykiewicz O, Davidson L. Biochemical evidence of dysfunction of brain neurotransmitters in the Lesch-Nyhan syndrome. *N Engl J Med* 1981; 305: 1106–1111.
17. Malá E. Agrese u dětí a adolescentů. *Č.S. Psychiat.*, 1996; 92 (Suppl. 1): 58–67.
18. Mitchell JE, Boutacoff LI, Hatsukami D. Laxative abuse as a variant of bulimia. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 174–176.
19. Mizuno T, Yagari Y. Prophylactic effect of L-5HTP on self-mutilation in the Lesch-Nyhan syndrome. *Neuropediatrics* 1975; 6: 13–23.
20. Moll GH, Rothenberger A. Lithium salts in child and adolescent psychiatry. *Nervenarzt*. 1998; 69 (11): 935–943. Review. German.
21. Pao PN. The syndrome of delicate self-cutting. *Br J Med Psychol* 1969; 42: 195–206.
22. Paul T, Schroeter K, Dahme B, et al. Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry (United States)*, 2002; 159 (3): 408–411.
23. Rocca P, Marchiari L, Cocuzza E, et al. Treatment of borderline personality disorder with risperidone. *J Clin Psychiatry (United States)*, 2002; 63 (3): 241–244.
24. Thurauf NJ, Washeim HA. The effects of exogenous analgesia in a patient with borderline personality disorder (BPD) and self-injurious behaviour. *Eur J Pain* 2000; 4 (1): 107–109.
25. Toch H. *Men in crisis: Human breakdowns in prison*. Chicago, Aldine, 1975.
26. Winchel RM. Self-Injurious Behavior: A Review of the Behavior and Biology of Self-Mutilation. *J Am Psychiatry* 1991; 148: 306–317.
27. Zanarini MC, Frankenburg FR. Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62 (11): 849–854.
28. Zarcone JR, Hellings JA, Crandall K, Reese RM, Marquis J, Fleming K, Shores R, Williams D, Schroeder SR. Effects of risperidone on aberrant behavior of persons with developmental disabilities: I. A double-blind crossover study using multiple measures. *Am J Ment Retard*. 2001; 106 (6): 525–538.