SSRI, mohou být zvažovány inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI) jako venlafaxin nebo duloxetin.

Stabilizátory nálady

U pacientů s výraznou emoční dysregulací mohou být účinné stabilizátory nálady, jako je lamotrigin, valproát nebo lithium. Lamotrigin se osvědčil zejména v indikaci zmírnění afektivní nestability a snížení frekvence impulzivních projevů. Lithium má prokázaný efekt na redukci autoagresivního chování.

Antipsychotika

Atypická antipsychotika, například aripiprazol, ziprasidon nebo olanzapin, mohou být předepsána v nízkých dávkách u pacientů s výraznou impulzivitou, agresivitou nebo disociativními stavy. Aripiprazol se v některých studiích ukázal jako účinný při snižování četnosti nesuicidálního sebepoškozování u pacientů s hraniční poruchou osobnosti (13).

Anxiolytika a sedativa

Benzodiazepiny se nedoporučují z důvodu rizika vzniku závislosti a potenciálního zesílení impulzivního chování. Je možné použít hydroxyzin nebo pregabalin, zejména pokud je potřeba rychlá úleva od akutní úzkosti.

Ostatní psychofarmaka

V případě farmakorezistentních projevů spojených se sebepoškozováním lze na základě dostupné literatury terapeuticky využít opiátové antagonisty (naltrexon), případně agonistu α2-adrenergních receptorů klonidin.

Naopak z léčiv nevhodných pro podávání u impulzivního sebepoškozování, zejména v adolescenci, je třeba zmínit paroxetin, který se dle SPC nesmí používat u dětí a dospívajících, neboť dle kontrolovaných klinických studií je jeho užívání spojeno se zvýšeným rizikem sebevražedného a nepřátelského chování (hostility). V možné souvislosti s užíváním paroxetinu bylo též dokumentováno sebepoškozování škrábáním (14). Dále je vhodné vyhnout se podání benzodiazepinů. Bylo zjištěno, že léčiva této skupiny, zejména pak alprazolam, mohou vést ke zhoršení kontroly chování s možným zvýrazněním impulzivní agresivity včetně sebepoškozování a suicidality (15).

Obecné principy přístupu k sebepoškozujícímu se klientovi

Cílem léčby sebepoškozujícího se klienta je snížení počtu epizod sebeublížení, redukce nutkání poškodit se, prevence sebevražedného jednání a zlepšení sociálního fungování a kvality života, to vše při minimu vedlejších nežádoucích účinků léčby (5).

Prvního kontaktu se sebepoškozujícím se jedincem se nezřídka účastní nikoliv psychiatr, ale personál urgentního příjmu – internista, chirurg či traumatolog. Významnou roli hrají nepochybně i interakce s personálem přednemocniční péče, se zdravotními sestrami a ošetřovatelským týmem oddělení akutního příjmu. V širším kontextu pak první reakce na zjištění probíhajícího sebepoškozování přicházejí od rodičů, učitelů či vychovatelů. Již v této fázi se formuje budoucí postoj pacienta ke zdravotnické péči. Pokud dotyčný zažije nepochopení, případně hodnotící, zlehčující, odmítavý či přímo trestající přístup, lze předpokládat, že ho tato zkušenost odradí od vyhledání odborné pomoci při případné příští závažnější epizodě sebepoškozování. Kromě toho klesá jeho naděje v podpůrné mechanismy společnosti a výsledná demotivace ho může udržovat v bludném kruhu sebepoškozování se všemi závažnými konsekvencemi včetně suicidálního rizika. Naopak empatické, nehodnotící, bezpečné, podpůrné prostředí, zahrnující důslednost i předvídatelnost, může být již samo o sobě důležitou součástí procesu léčby. Mnohdy již tento přístup představuje prvotní korektivní zkušenost pro pacienta dlouhodobě zažívajícího nepochopení a znehodnocování svým okolím i zvnitřněnou sebedevalvaci.

NICE guidelines pro péči o osoby se sebepoškozujícím chováním

Doporučené postupy britského Národního institutu pro zdraví a klinickou excelenci (NICE – National Institute for Health and Care Excellence, 2022) (16) představují ucelený zdroj pro odborníky pracující s lidmi, kteří se sebepoškozují. Již při prvním kontaktu se doporučuje poskytnout informace a podporu nejen samotnému pacientovi, ale dle potřeby také jeho rodině či pečujícím osobám. **Edukace** by se měla zaměřit na podstatu a příčiny sebepoškozování, možnosti léčby, způsoby podpory, ale také například na základní ošetření ran.

Důležitým principem je **aktivní zapojení rodiny** – i tehdy, pokud si pacient jejich účast v léčbě nepřeje, mohou její členové alespoň jednostranně poskytnout potřebné informace. Na základě úvodního kontaktu je třeba, aby zasahující zdravotník zvážil při klinickém podezření případnou nutnost zajištění bezpečnosti a ochrany pacienta (z důvodu podezření na domácí násilí, zneužívání atd.). Po zhodnocení somatického stavu a případném ošetření ran či specializované léčbě intoxikace je třeba rozhodnout o eventuální potřebě psychiatrického vyšetření. NICE doporučuje provést co nejdříve po epizodě sebepoškození **psychosociální zhodnocení stavu pacienta** zaměřené na aktuální rizika, psychický stav i širší sociální kontext. Posouzení má probíhat v bezpečném a diskrétním prostředí a jeho cílem je vytvořit plán péče odpovídající individuálním potřebám pacienta – ideálně ve spolupráci s ním a případně s jeho blízkými.

V podmínkách urgentního příjmu má zdravotník při úvodním kontaktu vyhodnotit závažnost poranění a naléhavost ošetření, emoční stav pacienta a přítomnost akutního distresu, riziko ohrožení bezpečnosti, existenci plánu péče, ochotu ke spolupráci a přijetí péče a potřebu psychiatrického vyšetření.

Prioritou by mělo být vyžádání **vyšetření specialistou v péči o duševní zdraví** (psychiatrem, pedopsychiatrem, klinickým psychologem) v situacích, kdy úroveň distresu pacienta stoupá, je vysoká nebo trvalá; zvyšuje se frekvence či intenzita sebepoškozování nebo sebevražedných úmyslů; pokud vyvstávají obavy o jeho stav nebo si pacient sám vyžádá další podporu. Totéž platí i v případě značného distresu u rodinných příslušníků nebo pečujících osob.

NICE důrazně nedoporučuje represivní či averzivní přístupy jako je zahanbování, odpírání péče či vylučování ze služeb. Tyto postupy jsou neetické a z klinického hlediska neúčinné, přestože se podle svědectví osob se zkušeností se sebepoškozováním dosud v některých případech vyskytují.

Rozhodnutí o **hospitalizaci** po epizodě sebepoškození by mělo být vždy individuálně zváženo. NICE doporučuje zvážit krátkodobé přijetí i na nepsychiatrické oddělení v případech, kdy existuje obava o bezpečí pacienta (např. v kontextu násilí či zneužívání), ale není indi-