

# SEBEPOŠKOZOVÁNÍ U DOSPÍVAJÍCÍCH

## souborný článek

Eva Rozsivalová<sup>1</sup>  
Alexandra Trefilová<sup>2</sup>  
Ivo Paclt<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrická léčebna Šternberk,  
dětské oddělení Racek

<sup>2</sup>Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK  
Praha

<sup>3</sup>Privátní psychiatrická ambulance  
Praha-Háje

### Kontaktní adresa:

Mgr. MUDr. Eva Rozsivalová  
Psychiatrická léčebna,  
dětské oddělení  
Olomoucká 173  
785 17 Šternberk  
e-mail: Rozsivalova@seznam.cz

## SOUHRN

**Rozsivalová E, Paclt I, Trefilová A.  
Sebepoškozování u dospívajících**

Fenomén záměrného sebepoškozování je psychiatrům znám již od poloviny 20. století a jeho nárůst od 90. let. Manifestuje se v adolescenci a je diagnosticky spojován s disharmonickým osobnostním vývojem směrem k hraniční poruše. Při vzniku a v jeho průběhu se uplatňuje disociace, snížené vnímání bolesti a návykovost. Zvyšuje riziko suicidálního chování. Jedná se o nevhodný copingový (zvládací) mechanismus, kterým dospívající reagují především na ranou traumatizaci. Jejich autoagresivní jednání reflektuje sníženou regulaci násilného chování v celé společnosti, proto je nutné zaměřit pozornost na obecnou toleranci přiznané agresivity, krizi rodiny a tvorbu preventivních programů.

Psychiatrická léčba musí být komplexní. Využíváme symptomatickou farmakoterapii, dlouhodobou psychoterapii a práci s rodinou, která je většinou neharmonická až dysfunkční.

**Klíčová slova:** sebepoškozování, self-harm, autoagrese.

## SUMMARY

**Rozsivalová E, Paclt I, Trefilová A.  
Self-harm with adolescents**

The phenomenon of deliberate self-harm behaviour has been known to psychiatrist since the second half of the 20<sup>th</sup> century and its rise since the 90s of the past century. It occurs during adolescent ages and is diagnostically associated with disharmonic personal development leading to borderline personality disorder. At the time of its occurrence and during its existence it is accompanied by dissociation, lower pain perception and addiction. The risk of suicidal behaviour becomes higher. It is an unsuitable coping mechanism adopted by adolescents especially in response to early trauma. Their autoaggressive conduct reflects reduced violent behaviour regulation within the entire society. Therefore it is necessary to focus on general tolerance of acknowledged aggression, family crisis, and create prevention programmes.

Psychiatric treatment must be complex. We use symptomatic pharmacotherapy, long-term psychotherapy and work with families that are usually non-harmonious, often dysfunctional.

**Key words:** self-harm, autoaggression.

Podpořeno grantem IGA č. NR-9534-3.

## ÚVOD

Stále častěji se ve své praxi setkáváme s dospívajícími, kteří rizikovým a úmyslně sebepoškozujícím jednáním upoutávají pozornost svého přirozeného prostředí. Po neúspěšných snahách o změnu takového chování v domácích podmínkách jsou hospitalizováni v lůžkovém psychiatrickém zařízení. Mnohdy až tento výrazný projev dítěte vede rodiče k oslovení lékaře.

## DEFINICE, VÝSKYT V POPULACI DOSPÍVAJÍCÍCH

Pod pojmem **sebeпоškození** rozumíme **úmyslné** narušení vlastní tělesné integrity bez účasti cizí osoby a bez vědomého a cíleného záměru zemřít.<sup>18</sup>

Sebeпоškození nevylučuje dokonání sebevraždy, naopak je vysoce rizikovým faktorem pro suicidální chování.<sup>3</sup>

Okolí tento jev přijímá či odmítá na základě společenské zkušenosti, a tak se setkáváme se sebeпоškozováním konvenčním, kulturně tolerovaným, které má uspokojovat estetické, rituálně iniciační, magické, léčebné a náboženské potřeby; u dospívajících také vývojově separační potřebu často vázanou na příslušnost ke skupině. Do této kategorie zahrnujeme nejčastěji tetování a piercing, pak také různé podoby body art, cejchování, skarifikaci, kosmetickou chirurgii, obřízku a další.

V literatuře bývají uváděna četná rizika sociálně akceptovaného značení těla: zánětlivé reakce, alergie, infekční onemocnění typu hepatitidy B a C, papilomavirové onemocnění – veruky, infekční endokarditida.<sup>24</sup>

Při odborném kontaktu s takovými adolescenty je nutné více zaměřit pozornost na poruchy nálady, drogovou anamnézu a sexuální zdraví, jelikož byla nalezena souvislost mezi konvenčním sebeпоškozováním (tetováním) a rizikovým chováním adolescentů. Více než dvojnásobně se u „tetovaných“ vyskytují rizikové sexuální aktivity, užívání tabáku a marihuany. Častěji si způsobují úrazy, chodí za školu, stávají se součástí gangů. Téměř dvakrát častěji se účastní rvaček, užívají alkohol a selhávají ve výuce.<sup>27</sup>

Podle některých autorů by zjištění tetování či dírkování mělo praktické lékaře při preventivních prohlídkách vést k zaměření pozornosti na další rizikové chování a měla by být nabídnuta odborná pomoc.<sup>4</sup> Jsou ovšem i autoři, kteří se domnívají, že tetování a piercing má i mnoho adolescentů dobře zakotvených, proto není třeba vždy předpokládat narušené chování.<sup>19</sup> Na otázku, zda je v adolescenci sebeпоškozování móda nebo symptom, nelze podle P. Uhlíkové<sup>36</sup> dát jednoznačnou odpověď. Projevy je nutno posuzovat v širším kontextu, pátrat po (ne)přítomnosti další psychopatologie, posuzovat motivaci, vztah k bolesti. Konvenční, kulturně přijaté formy sebeпоškozování mohou doplňovat škálu psychopatologie o další rozměr, naproti tomu v adolescenci jsou normální i projevy, které jsou v dospělosti patologické. Myslí se tím emoční labilita, nejasné představy o sobě, o budoucnosti, vztahové experimenty, testování rolí, filozofování (neřeší své potřeby, místo toho se zabývají nereálnými problémy), originalita

(snaha o svéráznost, výlučnost, ojedinělost), rigidita, neústupnost myšlení.

U záměrného sebeпоškozování (DSH) bývá často zdůrazňován „infekční“ potenciál jevu, **nápodoba**. Vliv má shodně přímé i nepřímé (např. internetem zprostředkované) seznámení se sebezraněním. Z pohledu terapie jsou zajímavá zjištění o napodobování a přejímání fenotypu bolesti. Není totiž jasné, zda je vnímání bolesti více záležitostí genotypu, nebo fenotypu, protože jsme schopni přebírat vzorce bolestivého chování od blízkých jedinců, např. rodinných příslušníků. Ilustrativní je práce Rabera a Devora,<sup>26</sup> kteří studovali neuropatickou bolest u potkanů. Tato bolest často vyvolává automutilační chování na postižené končetině. Automutilační aktivita se zvyšovala u zvířete původně málo se poškozujícího v přítomnosti zvířete s vyšší aktivitou v tomto směru. Pokud bylo ale zvíře více se poškozující ustájeno ve společnosti zvířat, která se poškozovala málo, intenzita sebeпоškozování se významně snížila.

## PATOLOGICKÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – ZÁKLADNÍ POJMY

Patologické sebeпоškozování překračuje kulturně akceptovanou mez sebezraňujícího jednání. Od prvního typu se tento behaviorální projev spíše než rozsahem poranění *odlišuje motivací a průběhem*. **Jde o škodlivý zvládací mechanismus, nevhodnou copingovou strategii**. Užívají je jedinci s různě vyjádřenou psychopatií. Toto patologické chování nevede k odstranění vyvolávající příčiny, ale zpětnou vazbou klinickou symptomatiku udržuje. Cíl kulturně akceptovaných tělo modifikujících technik bývá dekorativní a ostatním je jeho výsledek odhalován. Pro jedince, kteří se sebeпоškozují patologicky, je mnohem důležitější průběh sebeпоškození než jeho výsledek. Ten bývá velmi osobní, pro ostatní maskován a skrýván. Společným aspektem může být například pocit jedince, že bez daného aktu není dostatečně dobrý, nebo není něčeho hoděn.

Po roce 2000 se začal užívat termín **záměrné sebeпоškozování (deliberate self-harm – DSH)**, který bývá jako syndrom *popsán u specifických poruch osobnosti, poruch příjmu potravy, látkových závislostí a představuje vysoké riziko suicidálního chování*.<sup>18</sup>

Zvláště u dětí a adolescentů je sebezraňující chování spojeno s myšlenkami na smrt a *výskytem často inkompletního depresivního syndromu*.<sup>7</sup> Ten nediagnostikován bývá překryt disociativními projevy a chování je pak hodnoceno jako manipulativní.

**Základní psychologické funkce záměrného sebeпоškozování** podle Jan Suttonové:<sup>33</sup>

- copingová strategie;
- uklidnění a utěšení; zvládání silných emocí a regulace psychické tenze;
- navození „psychické anestezie“ formou pocitů otupělosti;
- kontrola nad vlastním tělem;
- očištění;

- potvrzení existence;
- sebetrestání;
- komunikace, způsob vyjádření vnitřních prožitků;
- testování hranic, manipulace s druhými;
- snaha být zachráněn a volání o pomoc;
- euforický zážitek a regulace arousalu;
- výraz příslušnosti ke skupině.

Zpočátku bylo na sebepoškození pohlíženo jako na symbolické suicidální gesto. Je také možno **vztah DSH a suicidia** vnímat na sebedestruktivním kontinuu, kde jednotlivé metody odlišuje jen míra letality. Všeobecně jsou však tyto dva jevy jednoznačně oddělovány, přičemž DSH bývá přisuzován záměr suicidie se vyhnout, zlepšit svou situaci, ulevit si a zůstat naživu. Zároveň přítomnost DSH nevylučuje suicidalitu, riziko dokonaného suicidia je u sebepoškozujících mnohem vyšší než v běžné populaci. 55–85 % z nich uskuteční alespoň jedenkrát TS.<sup>18</sup> Z toho vyplývá, že prevence záměrného sebepoškození je důležitá rovněž pro prevenci suicidálního chování, zvláště v době, kdy suicidium představuje dle WHO

jeden ze tří nejčastějších důvodů úmrtí jedinců ve věku od 15 do 34 let.

Následující rozdělení (tab. 1) podle Kriegellové (2008) zahrnuje veškeré způsoby chování, kdy se jedinec poškozuje přímým i nepřímým způsobem s různou mírou letality, a nezahrnuje poškození způsobené nehodou. Nadřazený pojem je **Sebeпоškozující chování (SDB – Self-destructive behavior)**.<sup>6,34</sup>

V současné době dochází k nárůstu zejména záměrného sebepoškození (DSH) v jeho specifických podobách sebetrávení/předávkování (Self-poisoning, Overdosing) a sebezraňování (Self-injury).

V českých pramenech bývá uváděn **výskyt sebeпоškození** v běžné populaci dospělých jedinců 4 %, u psychiatrických pacientů 21 %, **celoživotní prevalence** u psychiatrických adolescentních pacientů až 60 %.<sup>18</sup>

Rozložení četnosti DSH mezi **pohlaví** se mění s **věkem**.

Predilekční věk začátku sebeпоškození je adolescence. V dětství, adolescenci a dospělosti převažují ženy, po padesátce se poměr obrací ve prospěch mužů. Ve věkové

Tab. 1. **Sebeпоškozující chování (SDB) dle Kriegellové**

Automutilace	
„Automutilation“ „Self-mutilation“	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• akt <b>nezáměrného, přímého fyzického sebeпоškození</b>, důsledkem kterého je poškození vlastního těla střední až vysoké letality, a to u jedinců s vážnou psycho- či fyziopatologií (autokastrace, autoenukleace, autoamputace)</li> <li>• akt automutilace může být <b>jednorázový nebo má charakter stereotypního chování bez suicidálního záměru</b></li> <li>• onemocnění schizofrenního okruhu, Leshův-Nyhanův syndrom, syndrom Smithové-Magenisové, Praderův-Williho syndrom, syndrom Cornelié de Langeové, Tourettův syndrom, organické poruchy</li> </ul>	
Sebeпоškozování a rizikové chování	
„Self-harm“ „Risk-taking“	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dlouhodobé jednání bez přímého záměru poškodit se nebo zemřít... kouření, zneužívání alkoholu, léků a drog, prostituce</li> </ul>	
Záměrné sebeпоškozování	Sebetrávení / předávkování
„Deliberate self-harm“ „Self-harm“ DSH, SH	„Self-poisoning“/ „Overdosing“
<ul style="list-style-type: none"> <li>• jednorázové nebo periodické jednání s přímým záměrem fyzicky se poškodit, ale bez záměru zemřít</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• přítomnost u jedinců bez jasné psychopatologie, u jedinců s diagnózou hraniční porucha osobnosti a u jedinců s posttraumatickým stresovým syndromem</li> </ul>
Sebezraňování	
„Self-Injury“/ „Self-harm“/ „Deliberate self-harm“	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• řezání („Cutting“), pálení („Burning“), propichování kůže („Skin-picking“), vytrhávání vlasů („Hair-pulling“), sebebití („Self-hitting“), sebekousání („Self-biting“), lámání kostí, škrábání, vkládání předmětů pod kůži, prošívání, leptání, vypalování</li> <li>• přítomnost u jedinců bez jasné psychopatologie, u jedinců s diagnózou hraniční porucha osobnosti a u jedinců s posttraumatickým stresovým syndromem</li> </ul>	
Suicidální jednání	
„Suicide“ „Parasuicide“ „Attempted suicide“	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• jednání s <b>přímým záměrem zemřít</b> nebo vyjádření záměru ukončit život</li> </ul>	

skupině 10–14 let byl zjištěn poměr dívek k hochům osm ku jedné a ve věkové skupině 15–19 let tři ku jedné.<sup>10</sup>

*Z desetileté prospektivní studie probíhající mezi 8. a 18. rokem u chlapců vyplývá, že subjektivně vnímané a popisované depresivní symptomy v osmi letech souvisí s výskytem DSH v osmnácti letech.<sup>8</sup> Lehké sebepoškození ve věku do dvanácti let vedlo v mnoha případech k závažnějším formám v adolescentním věku. Začátek takového chování spadá nejčastěji do období mezi třináctým a osmnáctým rokem.<sup>2,18,35</sup>*

Zvýšení počtu sebepoškozujících se adolescentů je nový fenomén, který by měl vést k vytváření preventivních programů a ke vzdělávání učitelů i rodičů.<sup>29</sup> Sebeпоškození vykazuje přetrvávání v čase – výskyt ve dvanácti letech je spojen s výskytem DSH i ve střední adolescenci.

## ETIOLOGIE, ETIOPATOGENEZE PATOLOGICKÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

*Etiologicky souvisí takové chování s nahromaděným rodinným distresem<sup>32</sup> a je prediktivním faktorem vývoje směrem k hraniční poruše osobnosti.<sup>11</sup> Příčiny sebepoškozujícího jednání bývají dávány do souvislosti s dětskými traumaty, zvláště se sexuální zneužíváním. Kriegerlová uvádí ve své publikaci devatenáct studií z let 1989 až 2004 potvrzujících vztah sebepoškozujícího chování a zneužívání v dětství.<sup>15</sup>*

Významné z tohoto pohledu je také emocionální klima v rodině, citově nepřítomný rodič, rigidní a příliš kontrolovající rodič, setření mezigeneračních hranic, nebo vychovatel s psychopatologickou problematikou.

Etiologický faktor přítomný u většiny sebepoškozujících, ať už byli obětí násilí, nebo ne, je **invalidace**, zpochybnění správnosti vlastních pocitů a interpretací situací. Tito lidé si myslí, že mají nesprávné pocity, že některé pocity jsou zakázané. Buď byli trestáni za některé pocity, nebo chyběl model správného zvládání stresu. Anamnéza zneužívání nemusí být přítomna.<sup>17</sup>

Typický je **průběh sebeпоškození**. Důležitá je tzv. precipitující událost (nejčastěji ztráta významného vztahu, vazby). Tu neumí pacient vyřešit adaptivním způsobem, narůstají pocity bezmoci, lítosti, vzteku, křivdy a přání pomstít se. Agresi obrací proti vlastnímu tělu, i když se může pokoušet sebepoškozující jednání odvrátit. V průběhu celé události může mít nejrůznější fantazie včetně sexuálních a nakonec prožívá uvolnění napětí. Přesto nebo i proto, že následují často pocity viny, vytváří se návyk a craving. Vzorec autodestruktivního jednání dostává repetitivní charakter.

## BIOLOGICKÉ ZÁKLADY PATOLOGICKÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Na vznik a průběh autoagrese má vliv **dysregulace serotoninergního systému** a hypersenzitivita **dopaminergních receptorů**.<sup>5,9,13,31</sup> Všechny studie těchto dysfunkcí proběhly

na pacientech se závažnou psychopatologií a automutilací. Podobný mechanismus u superficiálně se poškozujících jedinců se pouze předpokládá.

Záměrné autodestruktivní chování, ať už konvenční, či patologické, mělo vždy úzké propojení s **vnímáním bolesti**. Bolest vzniklá při sebeпоškození působí jako aktivátor antinocicepčního systému mozku. V závislosti na intenzitě bolesti jsou tak ovlivňovány buď opioidní, nebo neopioidní mechanismy. Někteří výzkumní pracovníci tvrdí, že fyziologickým faktorem, který má vliv na repetitivní povahu jevu, je hladina endogenních opioidů **endorfinů**, jejichž produkce je po sebeпоškození stimulována. Ty mají na organismus analgetický účinek a mohou vyvolat popisované pocity uvolnění, euforie, snížit vnímání bolesti, mírnit pocity strachu, zostřit vnímání jako takové a zvýšit apetit.<sup>34,37</sup> V současné době se setkáváme se dvěma endorfinovými hypotézami. První z nich – **hypotéza založená na principu závislosti** – předpokládá u jedinců normální základní úroveň činnosti endogenního opiátového systému (EOS) a vyvozuje, že k dosahování žádané stimulace dochází častým sebeпоškozováním. Vytváří se tolerance a cyklicky se vyskytují abstinenci příznaky, které si vynucují repetitivní chování. Druhá možná endorfinová hypotéza – **hypotéza založená na principu bolesti** – předpokládá vrozenou abnormitu, totiž že sebeпоškozující se jedinci mají základní aktivitu EOS predispozičně dlouhodobě nízkou nebo vysokou. To se navenek projevuje konstitučně sníženým vnímáním bolesti.<sup>20</sup> Těmto jedincům slouží způsobovaná bolest ke kompenzačnímu zvýšení produkce endorfinů a současnému zvýšení pozitivně vnímaného arousalu.<sup>1</sup> Chování je vyvoláno dysfunkcí limbických struktur (kognitivní i emoční procesy bolesti). Sebeпоškozením tito jedinci prolamují pocity umrtvení, znečitlivění či disociace, za které je odpovědná zvýšená aktivita EOS.<sup>30</sup>

## PSYCHOSOMATICKÉ ASPEKTY SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Na sebeпоškození – řezné rány, noční vytrhávání vlasů během spánku, okusování nehtů, škrábání se, opakované běžné či dopravní úrazy, zvýšený zájem o časté operace – pohlíží Poněšický i jako na **psychosomatickou poruchu**.<sup>25</sup> Důležité myšlenkové koncepty, z nichž je možné vycházet i při terapii, jsou tyto:

- Vztah k druhému se může tělesně projevit coby vztah ke svému tělu či k části svého těla, které tak reprezentuje nějakou osobu (zanedbávání, přetěžování, týrání těla).
- Pacient vykupuje skutečnou či domnělou vinu impulzivním nutkavým sebetrestáním (např. nechtěně děti převezmou vinu za svou existenci, zabírají místo, matka si musela vzít otce, zatěžují rodiče, tabuizovaná sexualita, odpovědnost za osamostatňování...).
- Stane-li se, že bolestivý stav je spojen s emočním kontaktem (např. pozornost, kterou přinese nemoc, nebo hrubé zacházení), dítě pak opět vyhledává bolestivý stav. Prvotní potřebou je jakýkoli kontakt, jeho pozitivní



kvalita je až druhotná. Člověk volí tu cestu, kterou zná a skrze kterou kontaktu dosáhne. Pokud nemá možnost komunikace, na kterou je zvyklý (zde spojenou s bolestí), vzniká nejistota a tendence nějakým způsobem si podobný stav navodit. Například v minulosti týraná žena sebepoškozováním doplňuje současný partnerský vztah se slušným mužem; sexuálně zneužívané dívky mají první hrubý a bolestivý intimní styk zafixován v tělesné erotické paměti, a to jim později komplikuje již chtěné a láskyplné sexuální sdílení.

- Dalším motivem k opakování situace sebepoškození může být staré přání, aby někdo přišel na pomoc, nebo stud, že se tehdy pacient v traumatické události dost nebránil, nebo naděje, že se tentokrát násilí neodehraje a vymaže se z osobní historie. K dosažení těchto cílů je třeba nad traumatem převzít kontrolu. Děje se to tím, že si bolest bude pacient způsobovat sám, nebo někdy i někomu jinému, aby předal, co se událo jemu, nebo se i pomstil.

Bolest se tedy zabuduje do psychodynamiky a její rovnováhy a umožňuje uspokojení tak důležitých lidských potřeb, jako je sebeúcta či mezilidská komunikace.

## SEBEPOŠKOZOVÁNÍ A DISOCIATIVNÍ PORUCHY

Bylo zjištěno, že pacienti s hraniční poruchou osobnosti a disociací mají vnímání bolesti významně oslabené. Záměrně vyvolaná bolest může sloužit k dosažení **disociativních stavů** (únik před realitou), kognitivní komponenta disociace – amnézie – bude bránit před vzpomínkami na traumatickou událost; zároveň somatická bolest může působit jako příčina vyvolávající disociaci, která slouží k přerušení bolesti, a nakonec bolest může zamezovat vzniku disociativních stavů (návrat do reality). Třetí kategorie zahrnuje skupinu pacientů, kteří si disociativní epizodu dovedou zastavit působením bolesti. Jedná se o DSH u hraničních poruch osobnosti, mentálních retardací, antisociálního chování, disociativních poruch a poruch příjmu potravy.<sup>38</sup> Aktem sebepoškození zvládají silný emoční arousal, jde o svépomoc ve stavu emočního i fyzického diskomfortu, přestože jeho účinek je pouze krátkodobý.<sup>23</sup>

Jiná pozorování svědčí pro spontánní aktivaci stresové neuroendokrinní osy s nárůstem hladiny kortizolu a současně výskytem deprese, disociace a depersonalizace 1–3 dny před sebepoškozením. Po aktu se hladina hormonu prudce sníží a vymizí i uvedené symptomy. Jde o ventilaci hyperarousalu a disociace.<sup>28</sup>

## SEBEPOŠKOZOVÁNÍ A PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Opioidní mechanismus zmírňuje disociativní symptomatiku.<sup>22</sup> Výrazně oslabené vnímání bolesti je pozorováno u mentální anorexie i mentální bulimie.<sup>38</sup>

Velmi výrazná asociace byla u DSH zjištěna s **jídelními poruchami**. Již v roce 1986 byla dokonce vytvořena kategorie multi-impulzivní mentální bulimie,<sup>16</sup> která začíná cyklem přejídání – vypuzování, ale postupně se přidává DSH, abusus návykových látek a promiskuita. Jídelní poruchy i sebepoškozování jsou typické pro ženy, je přítomna nespokojenost s vlastním tělem, snaha o kontrolu nad ním a situací. Užívání laxativ a diuretik může být považováno za sebepoškozování, hladovění může být také formou sebetrestání. DSH i mentální bulimie jsou spojeny s vyšším indexem tělesné hmotnosti. Onemocnění mentální anorexie představuje určitou formu pomalé sebevraždy. Je známo, že jedinci, kteří se pokusili spáchat sebevraždu, měli významně snížené vnímání bolesti v porovnání s osobami s podobným typem poranění, které bylo způsobeno např. v důsledku nehody. To může suicidium výrazně usnadnit.<sup>21</sup>

## SEBEPOŠKOZOVÁNÍ U ZÁVAŽNÝCH PORUCH OSOBNOSTI

Jinou významnou oblastí zkoumání tohoto jevu je **osobnostní patologie**. Hraniční organizací osobnosti a poruchami psychotickými s agresivními projevy vůči vlastnímu tělu se zabýval Otto Kernberg.<sup>12</sup> Nalezl zde nedostatečnou integraci superega, neschopnost prožívat vinu a pohotovost k afektům hněvu. Popsal mimo jiné tyto skupiny pacientů:

- pacienti s histrionskou nebo infantilní osobností autodestruktivní projev se u nich objeví v době, kdy cítí hněv, nebo hněv smíšený s depresí, a ztrácejí kontrolu nad svými objekty; jejich autodestruktivní chování evokuje v druhých pocity viny;
- pacienti s maligním narcismem jde o vážnější typ; autodestruktivní projev se objeví, když je znehodnocena jejich patologická grandiozita; autodestrukce má triumfující charakter a působí sadisticky na druhé osoby, které se kvůli tomu trápí.

## SEBEPOŠKOZOVÁNÍ U MELANCHOLIE A PSYCHOTICKÝCH PACIENTŮ

Psychotičtí pacienti konají bizarní suicidální a automutilační pokusy a činy. Neplatí samozřejmě vždy, že sebepoškozování musí být spojeno s patologickým osobnostním fungováním, někdy hraje zásadní úlohu situační stres bez ohledu na typ osobnosti.<sup>14</sup>

## ZÁVĚR

Článek pojednává o základních aspektech problematiky sebepoškozování z psychologického a psychiatrického hlediska. Zabývá se problematikou etiologie, etiopatogeneze, psychopatologie a klinické symptomatiky u jednotlivých duševních poruch.

## LITERATURA

1. Alderman T. The Scared Soul: Understanding and Ending Self-Inflicted Violence. In: Kriegelová M. Záměrné sebe-poškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing; 2008.
2. Arnold L. Women and Self-Injury: A Survey of 76 Women. In: Kriegelová M. Záměrné sebe-poškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing; 2008.
3. Burns J, Dudley M, Hazell P, Patton G. Clinical management of deliberate self-harm in young people: the need for evidence-based approaches to reduce repetition. In: Malá E. Dítě a stres. Praha: Tigris; 2007.
4. Carrol ST, Riffenburg RH, Roberts TA, Myhre EB. Tattoos and body piercing as indicator of adolescent risk-taking behavior. *Pediatrics* 2002; 109 (6): 1021–1027.
5. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Sheline YI, Berman ME, Csernansky JG. Impulsive aggression in personality disorder correlates with platelet 5 – HT<sub>2A</sub> receptor binding. In: Kriegelová M. Záměrné sebe-poškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing; 2008.
6. Duffy DE. Self-injury. In: Kriegelová M. Záměrné sebe-poškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing; 2008.
7. Fanous AH, Prescott CA, Kendler KS. The prediction of thoughts of death or self-harm in a population-based sample of female twins. In: Malá E. Dítě a stres. Praha: Tigris; 2007.
8. Haavisto A, Sourander A, Multimaki P, Parkkola K, Santalahti P, Helenius H, Nikolakaras G, Moilanen I, Kumpulainen K, Piha J, Aronen E, Puura K, Linna SL, Almqvist F. Factors associated with ideation and acts of deliberate self-harm among 18-year-old boys. A prospective 10-year follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40 (11): 912–21.
9. Hammock RG, Schroeder SR, Levine WR. The effect of clozapine on self-injurious behavior. In: Kriegelová M. Záměrné sebe-poškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing; 2008.
10. Hawton K, Harris L. The changing gender ratio in occurrence of deliberate self-harm across the lifecycle. *Crisis* 2008; 29 (1): 4–10.
11. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37 (2): 363–375.
12. Kernberg OF. Borderline conditions and pathological narcissism. In: Koutek J, Kocourková J. Sebevražedné chování. Praha: Portál; 2003.
13. Khouzam HR, Donnelly NJ. Remission of Self Mutilation in a Patient with Borderline Personality during Risperidone Therapy. In: Kriegelová M. Záměrné sebe-poškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing; 2008.
14. Koutek J, Kocourková J. Sebevražedné chování. Praha: Portál; 2003.
15. Kriegelová M. Záměrné sebe-poškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing; 2008.
16. Lacey JH, Evans CD. The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. In: Kriegelová M. Záměrné sebe-poškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing; 2008.
17. Linehanová M. In: Platznerová A. Sebe-poškození. Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén; 2009.
18. Malá E. Dítě a stres. Praha: Tigris; 2007.
19. Mayers LB, Moriaty BW, Judelson DA, Rundell KW. Tattooing and Body Piercing. *Pediatrics* 2003; 111 (5): 1126.
20. Mendoza Y, Pellicer F. Pain perception in self-injurious syndrome. In: Malá E. Dítě a stres. Praha: Tigris; 2007.
21. Orbach I, Mikulincer M, King R, Cohen D, Stein D. Threshold and tolerance of physical pain in suicidal and not suicidal adolescents. In: Yamamotová A, Rokyta R. Proč studovat bolest u animálních modelů psychiatrických onemocnění? *Psychiatrie* 2005; 9, suppl. 3.
22. Papežová H, Yamamotová A, Vurmová I. Stres, disociace a poruchy příjmu potravy. In: Houdek L. (ed.) *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. Galén; 2002: 166–168.
23. Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutting DO. Self-injurious behavior in women with eating disorders. In: Yamamotová A, Rokyta R. Proč studovat bolest u animálních modelů psychiatrických onemocnění? *Psychiatrie* 2005; 9, suppl. 3.
24. Pérez-Cotapos ML, Cossio ML. Tattooing and piercing in teenagers. *Rev Med Chil* 2006; 134: 1322–1329.
25. Poněšický J. Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. Praha: Triton; 2002.
26. Raber P, Devor M. Social variables affect phenotype in the neuroma model of neuropathic pain. In: Yamamotová A, Rokyta R. Proč studovat bolest u animálních modelů psychiatrických onemocnění? *Psychiatrie* 2005; 9, suppl. 3.
27. Roberts TA, Ryan SA. Tattooing and High-Risk Behavior in Adolescents. *Pediatrics* 2002; 110 (6): 1058–1063.
28. Sachsse U, Von Der Heyde S, Heuther G. Stress regulation and self-mutilation. In: Yamamotová A, Rokyta R. Proč studovat bolest u animálních modelů psychiatrických onemocnění? *Psychiatrie* 2005; 9, suppl. 3.
29. Shapiro S. Addressing self-injury in the school setting. *J Sch Nurs* 2008; 24 (3): 124–130.
30. Simeon D, Hollander E. Self-Injurious Behaviors. In: Malá E. Dítě a stres. Praha: Tigris; 2007.
31. Simeon D, Stanley B, Frances A, Mann JJ, Winchel R, Stanley M. Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. In: Kriegelová M. Záměrné sebe-poškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing; 2008.
32. Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, Haavisto A, Rautava P, Helenius H, Sillanpaa M. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *J Affect Disord* 2006; 93 (1–3): 87–96.
33. Sutton J. Healing the Hurt Within: Understand Self -Injury and Self-Harm, and Heal the Emotional Wounds. In: Kriegelová M. Záměrné sebe-poškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing; 2008.
34. Sutton J. Healing the hurt Within: Understand and relieve the suffering blind self – destructive behaviour. In: Kriegelová M. Záměrné sebe-poškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing; 2008.
35. Tick NT, van der Ende J, Verhulst FC. Ten-year trends in self-reported emotional and behavioral problems of Dutch adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43 (5): 349–355.
36. Uhlíková P. Sebe-poškození u adolescentů s poruchou příjmu potravy – móda nebo symptom? Workshop na 50. psychofarmakologické konferenci v Jeseníku; 2008.
37. Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior and biology of self-mutilation. In: Kriegelová M. Záměrné sebe-poškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing; 2008.
38. Yamamotová A, Rokyta R. Proč studovat bolest u animálních modelů psychiatrických onemocnění? *Psychiatrie* 2005; 9, suppl. 3.