

DEPRESE A SUICIDÁLNÍ POKUSY V DĚTSKÉM VĚKU A ADOLESCENCI

- Deprese – vymezení pojmu (MKN 10)
teoretické modely deprese
depresivní projevy dětí na různých věkových stupních
- Suicidální chování
vymezení pojmu, terminologie
motivy
představy dětí o smrti
výskyt TS v ČR
- Terapeutické přístupy k léčení deprese a TS

Definice deprese:

psychický stav, pro který jsou typické příznaky:

- skleslá nálada
- ztráta radosti
- zvýšená únavnost

Tento duševní stav se spojuje s dalšími doprovodnými příznaky, zvláště úzkostí, agitovaností, pocity méněcennosti, suicidálními myšlenkami, hypobulií, zpomalením psychomotorického tempa, poruchami koncentrace a také s různými tělesnými příznaky, s fyziologickými dysfunkcemi (např. nespavostí) a se somatickými stížnostmi

(podle MKN 10)

V MKN 10 najdeme deprese zařazené do kategorie poruch nálady (afektivních poruch), (F 30- 39) při čemž se rozlišuje deprese:

- mírná
- středně těžká
- těžká

Deprese endogenní a exogenní

Larvovaná deprese

Depresivní porucha chování (F92) :

Kombinace poruchy chování v dětském věku s trvalou a zřejmou depresivní náladou, která se projevuje nadměrným smutkem, ztrátou zájmu a radosti z běžných činností, pocity viny a beznaděje. Poruchy chování představují trvalý obraz disociálního, agresivního a vzdorovitého chování.

ZÁKLADNÍ PROJEVY DEPRESE

- smutná nálada – ztráta zájmu a radosti z běžných činností, pocity smutku, beznaděje, podrážděnost
- poruchy jídla (obvykle nechutenství, méně často přejídání)
- poruchy spánku (nespavost, méně často hypersomie)
- pohybový útlum nebo agitovanost
- apatie, ztráta zájmů
- únava, ztráta energie
- ztráta pocitu vlastní hodnoty nebo nepřiměřené pocity viny
- zhoršená soustředěnost
- úvahy o smrti, suicidální myšlenky

(Krejčířová)

Deprese v dětství se mnohem častěji spojuje s poruchami chování, agresivitou a různými somatickými obtížemi než že by se projevovala těmi depresivními symptomy jako mají dospělí.

(Malá)

Teoretické modely vysvětlující podstatu a příčiny deprese:

psychoanalytický model	deprese jako ztráta důležité vztahové osoby
genetický model	specifická zranitelnost psychiky daná genetickými faktory
stresový model	kumulace mnoha negativních životních událostí
sociologický model	nedostatek sociální podpory a sociálního ocenění

(podle Malé)

Deprese jako symptom v rámci úzkostných poruch a poruch přizpůsobení

Deprese jako součást bipolární poruchy

Depresivní syndrom u dětí v různých věkových obdobích:

- Kojenecký věk** anaklitická deprese jako reakce na ztrátu osoby, která až dosud uspokojovala jeho emoční potřeby
- Batolecí věk** depresivní reakce nejčastěji jako somatické symptomy (poruchy jídla, spánku, nezájem o hru, ale i podrážděnost, záchvaty křiku, plačtivost
- Předškolní věk** deprese má typické somatické projevy, bolesti hlavy, břicha, ztráta zájmu o hru a o sociální kontakt s vrstevníky, mutismus, autostimulační projevy
- Školní věk** bohatší škála depresivních projevů, častěji psychické symptomy, lepší schopnost vyjádřit verbálně své pocity. Jednou z prvních známek deprese je zhoršení školního prospěchu, nízké sebehodnocení, pocity viny, zhoršení sociálních kontaktů . Podle Malé i záchvaty motorické agitovanosti, psychosomatické příznaky. Mohou se objevovat suicidální úvahy ,riziko suicidia se stává reálné.

Adolescence

Příznaky deprese v adolescenci se již hodně podobají depresi u dospělých. V tomto věku jsou ale časté depresivní rozlady a kolísání nálad, které nemusí mít patologický charakter. Adolescenti jsou obecně zvýšeně vnímaví a citliví, uvažují o smyslu života, mají tendenci k prožívání adolescentních krizí. Je proto obtížné odlišit zda se již nejedná o závažnější deprese, které v tomto věku začínají a které pak vyžadují nutně i medikamentosní léčbu. Pokud jde o klinický obraz, dominuje v něm smutná nálada, snížená energie, pocity únavy, bezvýchodnosti, méněcennosti, úzkost. Zvyšuje se riziko suicidálního chování

Diagnostika deprese

Základní zdroje informací při diagnostice dětí jsou:

Anamnéza

Kvalita informací získaných od rodičů závisí na jejich všímavosti a empatii. Na nich záleží, kdy vyhledají pro dítě odbornou pomoc.

Pozorování chování dítěte

Deprese je často patrná na vzhledu dítěte – pokleslý výraz v obličeji, smutný pohled, ochablý postoj, nejistota v kontaktu, někdy horší oční kontakt.

Hra je ochuzená, stereotypní, náměty smutné

Kresba

Literární výtvořky- povídky, básně, deníky

Testové metody- zejména projektivní

Suicidální chování

Tématem sebevraždy se zabývali kromě psychologů i filosofové, sociologové. Rozlišuje se sebevražda, sebezabití, sebeobětování.

Suicidální chování : suicidální myšlenky
 suicidální tendence
 suicidální pokus
 dokonané suicidium

Suicidální myšlenky: jde většinou o příležitostné nápady, se kterými se setkal každý a které jsou častější v adolescenci. V závažnějších případech se stávají intenzivnější, častější a bývá obtížné se od nich odpoutat

Suicidální tendence: představují již závažnější stupeň, kdy se objevují již konkrétnější úvahy o provedení a postupně i příprava prostředků (shromažďování léků)

Suicidium: je nejčastěji definováno jako sebepoškozující, autoagresivní akt s následkem smrti, který je způsobem sebou samým s vědomým úmyslem zemřít. Definování je problémem vzhledem k tomu, že úmysl zemřít může být nevědomý. Někdy se také uvažuje o tom, jaká je u dítěte představa smrti a pokud nebyl dost jasný pojem definitivního ukončení života, někteří autoři nechtěli mluvit o suicidiu.

Parasuicidium: je definováno jako suicidální pokus, kde není přímo úmysl zemřít, jde spíše o sebepoškozování.

Demostrativní suicidální pokus:

je chování, které má účelové prvky, suicidální pokus veden snahou vyřešit určitou problémovou situaci. Samozřejmě i takové chování může skončit nešťastně - smrtí. (Koutek)

Jakýkoliv suicidální pokus v dětském věku, i když způsob jeho provedení je dětsky naivní, je třeba brát vážně, je to v každém případě “volání o pomoc”. Řada dětských suicidálních pokusů má zkratkový charakter jde o to, co nejrychleji situaci vyřešit, bez promýšlení dalších okolností.

Jak se vyvíjí představa o smrti s věkem dětí:

- V **předškolním věku** má dítě představu o smrti zcela vágní, smrt má u dětí **znaky spánku**, ze kterého se probudí. Tato představa je formovaná pohádkami, kde polibkem nebo živou vodou se hrdina pohádky vrací do života. (Sněhurka a pod). Podle Gesella má dítě v předškolním věku představu smrti spojenou s nehybností.
- Výraznější afektivní zabarvení dostává podle něj tento pojem po 6. roce, kdy může prožívat obavy z toho, že by jeho matka mohla zemřít a opustit ho.
- V realistickém období školních let a v souvislosti s rozvíjejícími se životními zkušenostmi se dítě více zajímá o příčiny smrti, (stáří, nemoc, násilí) Mezi **9 a 11 . rokem** si dítě vytváří již definitivní představu smrti jako **nezvratného děje**, který je ukončen lidský život. Zajímá se více o to, co je po smrti.

To, jak se u dítěte vyvíjí pojem smrti je samozřejmě ovlivněno tím, zda se se smrtí, zejména blízkých setkalo

Suicidální akt není jednorázovou záležitostí v životě jedince, předchází mu určitý vývoj od:

vágních myšlenek a postojů → fantazijní představy →
aktuální úvahy a plánování provedení suicidia.
(podle Špitze)

Tento vývoj má:

- předpoklady v určitých rysech a vlastnostech osobnosti
- významně se dále podílejí vlivy prostředí, především vlivy rodinné výchovy, integrace rodiny a harmonie v ní.
- z okolních vlivů má velký význam to, jak je dítě sociálně začleněno, velmi rizikovým faktorem je jeho sociální izolovanost, nedostatečné sociální interakce s vrstevníky.

V základu suicidálního chování jde o porušení rovnováhy mezi destruktivními a sebezáchovnými tendencemi.

Protektivní faktory: nejvýznamnější je harmonické rodinné prostředí, (empatické, poskytující porozumění a oporu dítěti i adolescentovi)
přiměřená, pozitivní integrace dítěte do sociálního okolí, zejména škola, vrstevníci.

Suicidální pokus je formou **autoagrese**, současně mohou být na straně suicidanta i prvky **heteroagrese** (představa pomsty někomu, představy o reakcích zaagažovaných lidí).

Dlouhodobé stresy, frustrace, deprese

Bezprostřední spouštěč (bezprostředně předcházející konflikt, špatná známka, nová stresující informace)

Presuicidální syndrom:

Studie kliniky v Heidelbergu u 9-18 letých v průběhu 14 dní po TS

Výsledky: Přiznávali v presuicidální fázi konkrétní představy o způsobu provedení a to ještě dříve než začali sami o suicidiu vážně uvažovat. To může být rozdílem od normálních dětí a mladistvých, kteří o smrti také někdy uvažují, ale nepromýšlí dál způsob provedení a td(Uvádí se, že 40 – 75 % mladistvých přiznává někdy suicidální myšlenky, tento sám fakt nemusí být ještě známkou presuicidální fáze.) Pak nastává období intenzivnějšího uvažování o vlastním suicidiu. Během presuicidálního období se objevovali u dětí a mladistvých dysforické ladění- pocity smutku, ponížení, neschopnost radovat se, pláč. poruchy spánku, ubývání na váze.

Současně se u nich objevovaly psychosomatické potíže,-poruchy spánku, ubývání na váze, únava, poruchy koncentrace, vegetativní a orthostatické iritace. O posledních dvou příznacích hovořily v jejich souboru jen dívky.

V souboru dětí a mladistvých zjistili další depresivní ekvivalenty: subjektivní pocit, že dítě není dostatečně milováno, pocity úzkosti, nutkavé hloubání , neschopnost zúčastnit se skupinových aktivit pocity izolace, osamělosti, zoufalství, pocity bezvýchodnosti , touha být pryč, vyspat se. Objevuje se snížení školní výkonnosti, útěkové tendence, fantazie o tom, co bude “potom”.

Autoři v souhrnu uvádějí jako základní znaky presuicidálního syndromu u dětí a mladistvých:

- suicidální myšlenky v anamnéze
- konkrétní představy, jak by se sebevražda dala provést
- dysforické rozlady
- psychosomatické ekvivalenty

Výskyt sebevražd dětí v ČR je alarmující (zpráva v tisku listopad 2011)

Sebevraždy dětí jsou v Česku častější než je průměr EU, nejčastější V

ČR ročně spáchá sebevraždu ve věku do 15 let 5 – 10 dětí

ve věku 15 – 19 let asi 40

Suicidální pokusy odhadem 50 -100x víc než dokonaných suicidií v adolescentním věku (podle Koutka)

Nejčastější příčiny: konflikty v rodině a s vrstevníky, školní problémy, počínající partnerské vztahy , nevyrovnanost s rozvodem rodičů.

Rizikový faktor jsou drogy

Sebepoškozování častější u dívek, dokonané suicidium u chlapců

Způsob : dívky - otrava léky

chlapci - strangulace

Některé úrazy mohou být TS nebo suicidium

Prevence - krizová centra pro děti, telefonická pomoc(LN, linka bezpečí) informace ve školách

Psychoterapie depresí

I když panuje všeobecná shoda v tom, že při léčení depresí v dětském věku je jeho nezbytnou součástí psychoterapie, zdaleka už není shoda v tom, jakého terapeutického přístupu by bylo nejlépe použít. Setkáváme se v praxi s pestrým spektrem různých přístupů, využívaných v individuálním, skupinovém nebo rodinném kontextu.

Důležitým kritériem pro výběr terapeutické metody je i **závažnosti** deprese, v případech těžších depresí je samozřejmě na předním místě **medikamentosní terapie** a psychoterapie se bude spíše omezovat jen na podpůrnou., případně využije některé formy arteterapie, nebo muzikoterapie. U středně těžkých a lehkých depresí se podíl psychoterapie nejrůznějších podob zvyšuje.

Obecně je jedním ze základních faktorů, který bude ovlivňovat výběr terapeutického postupu bezesporu **věk dítěte a tedy úroveň jeho emočního a kognitivního vývoje.**

Cílem terapie depresivních reakcí dětí na nejranějších vývojových stupních, tedy anaklitických depresí, jejichž základem je frustrace základní psychologické potřeby - potřeby citového vztahu.

Bude tedy snaha zabránit separaci dítěte od vztahové osoby, od matky, případně pak poskytnutí jiné náhradní osoby, ke které si dítě postupně vytvoří citový vztah. V psychoterapii se někdy hovoří o tzv. filiální terapii / rogersovsky orientovaní psychoterapeuti / jejím cílem je vést matky empatickému naslouchání dítěti. Jde o případy, kdy matka je sice dostupná, ale z nějakých důvodů není schopna dítě dostatečně emočně saturovat.

Také v batolecím věku, kdy se mohou deprese manifestovat jako reaktivní poruchy spánku, jídla, a objevuje se autostimulační aktivita, ztráta zájmu o hru a současně i větší závislost na matce s nárůstem separační anxiety je nutné věnovat větší terapeutickou pozornost vztahu matky, případně vztahu členů rodiny navzájem.(Krejčířová)

V předškolním věku i v mladším školním věku se v terapii využívá hlavně hrových aktivit dítěte, hovoří se o hrové terapii. K ní je možné přistupovat z různých teoretických pozic, psychoanalytických (A. Freudová, M. Kleinová), rogersovské (Axlinová), jungovské
Čím starší je dítě, tím více je možné využívat verbálních technik,

KBT: Teoreticky vychází z předpokladu, že deprese není jednoduše vyvolána nějakou traumatizující událostí nebo situací, ale tím, jak je tato událost vnímána a zpracována. Poukazuje se na časté kognitivní deficity a deformace u dětí, které si všímají více negativních znaků různých událostí a přisuzují si samy více negativních vlastností, pokud jde o příčiny pozitivních událostí, ty naopak přisuzují náhodným vnějším příčinám.

K základním úkolům terapeuta patří kognitivní rekonstrukce, při které se racionálně hodnotí automatické negativní myšlenky, uvažuje se, co svědčí pro ně a co proti. Terapeut si všímá nepřiměřených generalizací, nereálných obav, autoakusačních tendencí.

Pro KBT je charakteristické, že dítě je přímo ohniskem léčení, i když mnoho programů zahrnuje do léčebných aktivit a tréninků i rodiče, centrem zůstává dítě, práce s rodinou je jiná než u RT. Terapeut hraje při léčení aktivní roli. Dítě a terapeut spolupracují, terapeut učí dítě monitorovat a dělat si záznamy myšlenek a chování, vypracovávat si deníkové záznamy, ve kterých dítě zachycuje své denní aktivity a hodnotí, jak se u nich cítilo. Společně s rodiči se plánují aktivity na další dny, kde by měly být zastoupeny výkonové i prožitkové aktivity s důrazem na vybalancování příjemných a výkonových aktivit, denní aktivity by měly obsahovat asi o 1/3 více příjemných aktivit

(podle Harringtona)

Pokud jde o psychoanalyticky orientované psychoterapeuty (Benedetti), jako hlavní konflikty, které v dětství souvisejí s depresí jsou uváděny konflikty:

- které hrozí ztrátou lásky, když se dítě nepřizpůsobí rodinným normám
- konfliktní manželství rodičů, které ohrožuje sebeidentitu dítěte (střídavě se identifikuje s jedním nebo s druhým rodičem)
- problémem jsou přehnaně ctižádostiví rodiče s vysokými nároky a ideály, které se sotva dají splnit
- ohrožení pro dítě jsou depresivní matky, které na sebe dítě nepřiměřeně váží, čímž je přetěžují (ohrožení vidí autor více na straně synů depresivních matek)
- podobnou hrozbou jsou i depresivní otcové, kteří zklamávají své děti svojí malou snahou prosadit se a tendencí stahovat se do pasivity (v tomto směru vidí více ohroženy dcera takových otců)
- v neposlední řadě je to násilí ze strany rodičů vůči dítěti, přehnané tresty, které mohou v dítěti vyvolávat autogresi

Obecně se v psychoanalytické psychoterapii pátrá po **základním konfliktu**, často se v této souvislosti nacházejí specifické vztahové konstelace ve smyslu závislosti depresivního na dominantní vztahové osobě.

Jako terapeutická metody je v dětském věku psychoanalyticky orientovanými terapeuty využívána hra. Byla považována A. Freudovou a M. Kleinovou za náhradu volných asociací. Pro depresivní, inhibované děti může hra představovat příležitost osvobodit se od svých pocitů, dítě v ní může dostat podporu pro vyjádření svých destruktivních impulsů, před kterými prožívá strach, může se je naučit ovládat.

Osvobození od stresu přináší i samotná pohybová aktivita, která je při hře přítomná. Dítěti hra dovoluje přemístěním agrese na hračky uvolnit napětí a zvládnout nebezpečné fantazie. Terapeutovi pak hra poskytuje bohatý materiál o nevědomých konfliktech dítěte, jeho obavách a neurotických postojích.

Po 8. roce ztrácí hra své silné emoční zaangažování, Leuner nabízí imaginace (katathymně imaginativní terapie), která může vyplnit období mezi hrou a terapeutickým rozhovorem.

Rodinná terapie:

představuje propracovaný systém poznatků a specifický pohled na problematiku rodiny jako systému. Depresivní pacient dostává z tohoto pohledu stejnou míru pozornosti jako ostatní členové rodiny. Rodinní terapeuté, kteří se depresivními dětmi a jejich rodinami zabývali, si všímali, že v těchto rodinách :

- nejsou dostatečně vytvořené hranice mezi generacemi,
- v matrimoniálním subsystému se objevují závažné konflikty,
- časté projekce rodičovských pocitů na dítě.
- organizace rodinného systému se jevila jako rigidní nebo chaotická
- vyskytovaly se příliš uvolněné, neangažované nebo zmatené vztahy mezi členy rodiny, ztráta některého člena rodiny úmrtím, onemocněním nebo rozvodem.

Depresivní reakci můžeme očekávat všude tam, kde se jedná o nedostatek emočně pozitivních interakcí, tam kde vážne komunikace mezi členy systému.

Při terapeutické práci s rodinou se terapeut zaměřuje na navození změn v interakcích mezi jejími členy, terapeutický efekt by se měl projevit nejen zlepšením depresivní symptomatologie identifikovaného pacienta, ale i ve způsobu komunikace a vztazích mezi všemi členy rodinného systému.

Rickman uvádí některé typy **poruch komunikace v rodinách adolescentů**, kteří se pokusili o TS:

- neschopnost přijmout změny, které jsou nezbytné – rodiče jsou citliví na separaci, symbioza je bez empatie
- poruchy rodinné struktury- uzavřený rodinný systém, suicidant je uzavřen v rodině bez kontaktu s širším okolím
- emocionální problémy- které se týkají zpracování agresivity, depresivní prožitky, týkající se celé rodiny.
- nevyvážené, jednostranné vztahy uvnitř rodiny
- transakční potíže, podporování tajnůstkářství, odmítání porozumění
- neschopnost snášet krizové situace konfliktky v rodinách - selhávání v rolích

V souvislosti s TS se hovoří o terapii rodinné krize nebo o rodinné krizové intervenci. Je pro ni charakteristické, že je zaměřena na vyřešení bezprostředních problémů a emočních konfliktů, bývá kratší, sezení se také odehrávají v kratších časových intervalech než bývá v RT obvyklé a aktivita terapeuta bývá při nich vyšší. V procesu terapie je úkolem terapeuta podporování sebezáchovných tendencí, odhalování autodestruktivních, podporování zdravých sil rodiny, terapeut podporuje pozitivní zdravé síly v rodinném systému, odvahu ke změně, ke zvládnutí pocitů deprese a beznaděje. (Špitz)

RT v případě dokonané sebevraždy dítěte:

Terapeut pomáhá rodině projít fázemi truchlení, vyrovnat se se ztrátou dítěte. Zvládnout úzkost o zbývající dítě.

Literatura: Říčan P., Krejčířová D., a kol: Dětská klinická psychologie
Koutek J., Kocourková J.,: Sebevražedné chování
Hort V., Hrdlička M., Kocourková J., Malá E.,: Dětská
a adolescentní psychiatrie
Langmeier J., Balcar K., Špitz J.,: Dětská psychoterapie