

DEPRESE A SUICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ U DĚTÍ

Definice: Tak jak je deprese definovaná v současné platné klasifikaci nemocí /MKN 10/ je to stav zármutku, malomyslnost nebo truchlení, který můžeme označovat jako nepohodu. Tento duševní stav se spojuje s poklesem nálady a často i s dalšími doprovodnými příznaky, zvláště úzkostí, agitovaností, pocity méněcennosti, suicidálními myšlenkami, hypobulií, zpomalením psychomotorického tempa a také s různými tělesnými příznaky, s fyziologickými dysfunkcemi / např. nespavostí/ a se somatickými stížnostmi. Termín je volně používán k označení symptomu, syndromu nebo nemoci.

Z uvedené definice je zřejmé, že vychází z popisu psychického stavu, nezabývá podstatou, čím tento stav vzniká.

Terminologie: V nedávné minulosti a ještě někdy i nyní je možné se setkat s pojmy deprese **endogenní** a **exogenní**. Jde o pozůstatek pohledu na nemoc jako způsobené vnitřními příčinami, konstitucí, v podstatě nezávisle na vnějších podnětech - to jsou ty endogenní. A ve srovnání s nimi exogenní, které jsou způsobeny vnějšími příčinami. Postupně došlo k překonání tohoto pohledu a uznává se v současné době, že při vzniku onemocnění hraje roli interakce genetických faktorů a vnější vyvolávajících podnětů.

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

rozlišuje se dále, zda se objevují somatické příznaky nebo je bez somatických příznaků.

Stejně by měly být kódovány i ty deprese, které vznikají v dětství a adolescenci.

Pro dětský věk se objevuje jedna zvláštní kategorie a to (F92) depresivní porucha chování, která je uváděna jako: „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.

Pokud jde o terminologii je třeba uvést ještě některé další pojmy, které se depresí týkají. Je možné se setkat s pojmem **larvovaná deprese** / maskovaná/, která se projevuje mnohočetnými a nejrůznějšími somatickými příznaky, přičemž chybí zjevné poruchy nálady. Mohou se ale drobné projevy objevovat jako anhedonie, nerozhodnost, poruchy spánku, úzkost.

Deprese u dětí: Tak jako trvalo delší dobu než bylo dětem přiznáno, že mohou mít psychické problémy a onemocnění, trvalo v podstatě ještě déle než bylo / a to i odborníky/ uznáno, že mohou trpět i depresemi. Kromě představy, že dětství je šťastným obdobím, které si nedělá starosti, k tomu bezesporu přispělo to, že dítě o svých pocitech a prožívání v podstatě až do puberty nedokáže moc mluvit. A také to, že představa dospělých o depresi byla vázaná na smutek, pláč. Při tom u dětí se deprese může projevovat zcela jinak.

Jak uvádí Malá: Deprese v dětství se mnohem častěji spojuje s poruchami chování, agresivitou a s různými somatickými potížemi než že by se projevovала těmi depresivními symptomy jako mají dospělí. Čím jsou děti starší tím, více se jejich projevy deprese podobají dospělým, zejména pak v adolescenci

Krejčířová uvádí jako základní projevy deprese:

- 1/ smutná nálady- ztráta zájmu a radosti z běžných činností, pocity smutku, beznaděje, podrážděnost
- 2/ poruchy jídla/ obvykle nechutenství, méně často přejídání/
- 3/ poruchy spánku / nespavost méně často hypersomnie/
- 4/ pohybový útlum nebo agitovanost / zvýšená psychomotorická aktivita doprov. úzkostí/
- 5/ apatie , ztráta zájmu
- 6/ únava, ztráta energie
- 7/ ztráta pocitu vlastní hodnoty nebo nepřiměřené pocity viny
- 8/ zhoršená soustředěnost
- 9 úvahy o smrti, suicidální myšlenky

Klinický obraz deprese je podmíněn věkem dítěte

Z teoretických modelů, které se snaží vysvětlit podstatu a příčiny deprese je třeba připomenout psychoanalytický pohled, který vidí za depresí ztrátu důležité vztahové osoby. Malá uvádí další teoretické modely deprese, a to mimo jiné genetický model, který uvažuje o specifické zranitelnosti psychiky dané genetickými faktory / studie zjistila výrazně vyšší výskyt deprese u monozygotních dvojčat než u dizygotních, byla zjištěn i vyšší výskyt depresivních poruch u adoptovaných dětí depresivních rodičů/.

Model stresový uvádí příčinu deprese v kumulaci mnoha negativních životních událostí. Tuto teorii považuje za nosnou zejména u dětí a mladistvých, kde se zjišťuje nahromadění ztrát Rozvod, úmrtí v rodině, sex. zneužívání, trestání jako události předcházející depresi.

Sociologický model zdůrazňuje nedostatek sociální podpory a sociálního ocenění.

Malá uvádí ještě další modely jako biochemický, nebo neuroanatomický , o kterých se nezmiňuje.

Depresivní projevy u dětí na různých věkových stupních.

Kojenecký věk: Depresivní reakce se mohou objevovat již v tomto útlém věku. Jak je z vývojové psychologie známo kolem 7. měsíce si dítě vytváří již specifický vztah k matce, kterou vyčleňuje ze svého okolí. Pokud je od matky odloučeno reaguje separační úzkostí, (projevuje se strach z cizích lidí), pokud přetrvává nepřítomnost matky objevuje se tak zv. **anaklitická deprese** (od slova anaklino-řec. nakláním se, opírám)/René Spitz/, deprese , která souvisí se ztrátou pouta k osobě, která až dosud uspokojovala jeho emoční a jiné potřeby. Dítě v počátcích odloučení pláče, volá matku, je silně rozrušené, postupně ale, pokud se matka neobjeví, upadá do apatie, přestává reagovat na okolí, na hračky a sociální podněty. Může se objevovat odmítání jídla, pokles na váze , častější somatická onemocnění , celkově pak i vývojová regrese, kdy dítě reaguje jako mladšího věku, může působit až jako retardované. Takové reakce kojenců byly dříve pozorovány při hospitalizacích dětí, proto dnes jsou hospitalizovány s nimi matky

S návratem matky tato se deprese postupně upravuje.

Batolecí věk : Tak jak se uvádí, že děti mají tendenci „psychicky trpět tělem“, objevují se v batolecím věku jako depresivní reakce nejčastěji somatické symptomy, poruchy jídla a spánku, dítě neprospívá, zároveň se ale objevuje pasivita , nezáměr o hru, někdy i podrážděnost, někdy záchvaty křiku, plačtivost, jaktace.

Předškolní věk: V tomto období jsou typickými somatické projevy / bolesti břicha, hlavy, opět se objevuje ztráta zájmu o hru, nezáměr o sociální kontakt s vrstevníky, může se objevovat i mutismus, autostimulační projevy.

Školní věk: Ve školním věku se stává škála depresivních projevů bohatější, objevují se častěji psychické symptomy deprese a tím jak se rozvíjí verbalizace a schopnost vyjádřit i svoje pocity, se o nich také více dozvídáme. Objevuje se podle Krejčířové často jako první známka deprese zhoršení školního prospěchu, dítě ztrácí zájem o učení, má nízké sebehodnocení , pocity viny a bezmoci. Ve hře podle ní dominují depresivní témata. Zhoršuje se kontakt s vrstevníky, může se ale objevovat i přání po kontaktech, které ale není dítěte dostatečně schopné realizovat. Objevuje se pohybový útlum, podle Malé se ale objevují i záchvaty motorické agitovanosti. Malá uvádí také v období mladšího školního věku časté psychosomatické příznaky , bývají bolesti hlavy, někdy enuréza. Také projevy agrese a neklidu mohou být poměrně časté. U starších školáků se mohou 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 v tomto věku důležité, ale i poměrně obtížné odlišit zda se již nejedná o závažnější deprese, které v tomto věku začínají a které pak vyžadují nutně i medikamentózní léčbu. Pokud jde o klinický obraz, dominuje v něm smutná nálada, snížená energie, pocity únavy, bezvýchodnosti, méněcennosti, úzkost. Malá popisuje i pocity podrážděnosti, riskantní chování, tendenci obracet se k alkoholu nebo jiným drogám.

Možnosti, jak poznat depresi. Při kontakt s adolescentem si často na první pohled všimneme pokleslého výrazu, smutného pohledu, ochablého postoje, nejistoty v kontakt. Tady pomůže pokud se nám podaří získat některé jejich výtvoř, třeba kresby , nebo literární výtvoř/ povídky, básně/, při velmi dobrém kontaktu i deníky. U menších dětí je důležitým zdrojem informací hra */ukázka scénotestu ?/* Pokud jde o kresbu někdy se uvádí, že depresivní děti kreslí malé postavičky, lokalizované při dolním okraji. Tyto ukazatele však nemusí být spolehlivé. Z toho všeho pak můžeme usuzovat na hloubku deprese a případné suicidální riziko.

Testové metody

Suicidální chování

Tématem sebevraždy se zabývali kromě psychologů i filosofové, sociologové. Rozlišuje se sebevražda, sebezabití, sebeobětování. Sebevraždou se zabýval i T.G. M.

Nejprve terminologicky- hovoří se o **suicidálním chování**, které představuje několik rovin a to: 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, 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/

Dalším stupněm je pak pokus o provedení suicidia.

Suicidium je nejčastěji definováno jako sebepoškozující, autoagresivní, akt s následkem 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.

Běžně je možné se setkat s pojmem **demonstrativní suicidální pokus**, za který je považováno chování, které má účelové prvky, kdy je suicidální pokus veden snahou vyřešit určitou problémovou situaci. Samozřejmě i takové chování může skončit nešťastně- smrtí.

Jakýkoliv suicidální pokus v dětském věku, i když způsob jeho provedení je dětsky naivní, je třeba brát vážně, nejde nad ním mávnout rukou, 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:

Obecně platí, že 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 setkala

.V rozhovoru dítě většinou uvede jako důvod to, co uvede, byla „ poslední kapka,“ / „**spouštěč**“ /, kterou vygradovala jeho krizová situace. Mohl to být bezprostředně předcházející konflikt se spolužáky, špatná známka, nová stresující informace. Podle zkušeností ale v pozadí téměř ve všech případech stojí nevyrovnané, napjaté vztahy s rodiči. Lze říci, že pokud má dítě dobré vztahy v rodině, je schopno se se svými problémy svěřit, obrátí se samo o pomoc na rodiče. Citliví rodiče si všimají změn chování a nálady svého dítěte a vycítí, že je něco v nepořádku, že má starosti, je nešťastné.

TS má - stránku vztahovou, je zaměřeno k někomu, kdo zklamal atd.

Suicidální pokus je formou autoagrese, současně ale mohou být na straně suicidanta i prvky heteroagrese. TS může být v jeho představách pomstou někomu, v představách mohou

probíhat myšlenky o tom, jak budou reagovat rodiče, se kterými byl v konfliktu, jak se bude trápit třeba dívka, která jej odmítla a pod.

Podle Špitze, který se pokusil shrnout některé základní okolnosti, které se u suicidantů vyskytují, není suicidální akt jednorázovou záležitostí v životě jedince, ale předchází mu určitý vývoj, který vede od vágních myšlenek a postojů, přes různé fantazijní představy až k aktuálním úvahám a plánování provedení suicidia. Tento vývoj má podle něj 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. Mluvíme-li o protektivních faktorech, vyplývá ze všeho, co bylo řečeno jako nejvýznamnější harmonické rodinné prostředí, empatické, poskytující porozumění a oporu dítěti i adolescentovi. Přiměřená, pozitivní integrace dítěte do sociálního okolí, zejména škola, vrstevníci.

Presuicidální syndrom

Vzhledem k závažnosti suicidálního rizika měli někteří psychologové a psychiatři snahu zjistit, zda je možné z chování dětí a adolescentů poznat, zda je nebezpečí suicidálního pokusu. Pokusili se o to na klinice v Heidelbergu hledáním tzv. presuicidálního syndromu. Vyšetřovali skupinu 9 – 18 letých dětí a adolescentů v průběhu 14 dní po jejich TS.

Po úvodní fázi, jejímž cílem bylo získat důvěru dotazovaných se pak v průběhu rozhovoru zjišťovali různé okruhy chování, pocity, nálady, ale i psychosomatické obtíže. Po zpracování výsledků, které rozhovorem autoři získali, dochází k závěrům: Děti a mladiství měli pocit, že se v posledních 2 letech před TS nějakým způsobem změnili. Přiznávali v presuicidální fázi konkrétní představy o způsobu provedení a to ještě dříve než začali sami o suicidii vážně uvažovat. / To může být rozdílem od normálních dětí a mladistvých, kteří o smrti také někdy uvažují, ale nepromýšlí dál způsob provedení a to. 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 suicidii. Během presuicidálního období se objevovali u dětí a mladistvých dysforické ladění - pocity smutku, ponížení, neschopnost radovat se, měli blízko k pláči a také často plakali. 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. Ukázalo se, že výskyt psychosomatických obtíží odlišuje presuicidální syndrom u dětí a u dospělých. V souboru dětí a mladistvých zjistili další depresivní ekvivalenty, které mohou být považovány za signály hrozícího směřování k suicidii. Patří k nim subjektivní pocit, že dítě není dostatečně milováno, pocity izolace, osamělosti, zoufalství, pocity bezvýchodnosti a nesmyslnosti života, úzkosti, nutkavé hloubání, neschopnost zúčastnit se skupinových aktivit, touha být pryč, vyspat se. Objevuje se / jak už bylo dříve uvedeno u příznaků deprese / snížení školní výkonnosti, útekové 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

Autoři si uvědomují, že část dětí nemusí přes tyto příznaky dospět až k suicidiu, nicméně považují tyto příznaky za značně nebezpečné, a pokud se na ně narazí, je třeba počítat s tím, že by k pokusu o realizaci suicidia mohlo dojít. V této fázi nelze rozlišovat mezi demonstrativním a vážným pokusem o sebevraždu, dítěti a mladistvému je třeba vždy věnovat maximální pozornost.

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 medikamentózní 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. 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 / jak uvádí Krejčířová / je nutné věnovat větší terapeutickou pozornost vztahu matky, případně vztahu členů rodiny navzájem.

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, ale i ty neverbální mají významné místo, a to i v terapii dospělých.

Jednou z terapií je **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 všimají více negativních znaků různých událostí a přisuzují si samy více negativních vlastností a pokud jde o příčiny pozitivních událostí, ty naopak přisuzují náhodným vnějším příčinám.

KBT uvažuje o patologickém bludném kruhu u depresí, který představuje depresivní myšlenky, ty vedou k depresivní náladě, ta pak k depresivnímu chování / uzavřenost, snížená komunikace, dál pak k tělesným projevům / únava, ochablost, poruchy spánku /, ty zase zpět k depresivnímu myšlení. KBT terapeut se snaží tento bludný kruh v některém bodě přerušit, nejčastěji se zaměřuje na myšlenky, které se snaží změnit. K základním úkolům terapeuta patří jejich kognitivní rekonstrukce, při které se racionálně hodnotí automatické negativní

myšlenky, uvažuje se, co svědčí pro ně a co proti. Terapie 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](#) / zde zmiňuji Benedettiho/, 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 testy, 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 metoda 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.

Hra má věkové omezení, podle Leunera ztrácí už po 8. roce u dětí své silné emoční zaangażování, které jí dříve bylo vlastní. Rozhovor s dítětem se v tomto věku často omezuje spíše na výměnu věcných informací. V terapii se využívá více imaginace / [katathymně imaginativní terapie](#) /, která může mezeru mezi hrou a terapeutickým rozhovorem vyplnit. Podle Leunera „zážitek, který probíhá ve fantazii a s ním spojené uvolnění emočních, afektivních impulsů, má za následek hluboké vypořádání se se sebou samým podle individuálních potřeb.“ Terapeut pak může toto vypořádání probíhající ve fantazii, sledovat, přiměřeně vysvětlovat, pomáhat pochopit. Dětská fantazie je silně ovlivněna jeho předchozími zážitky, a emoce s tím spojené se v imaginaci silně projevují. Vytváření fantazií představ u dětí je přitom poměrně snadné, běžně se setkáváme i s jejich spontánními fantaziími projevy i v bdělém stavu.

Rodinná terapie

Obecně je třeba odlišit rodinnou terapii od práce s rodiči, která se používá v řadě psychoterapeutických přístupů, jak bylo již zmíněno v KBT, ale i v jiných terapiích. Prakticky vždy, když se pracuje s dítětem, je třeba nějakým způsobem pracovat i s jeho rodiči/

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 všimli, že v těchto rodinách nejsou dostatečně vytvořené hranice mezi generacemi, v matematickém subsystému se objevují závažné konflikty, všimli si časté projekce rodičovských pocitů na dítě. Organizace rodinného systému se jevila jako rigidní nebo chaotická, a vyskytovaly se příliš uvolněné, neangažované nebo zmatené vztahy mezi členy rodiny. Dětské deprese bývají s rodinnou problematikou úzce spojené, ať již jde o ztrátu některého člena rodiny úmrtím, onemocněním nebo rozvodem. Depresivní reakci můžeme očekávat všude tam, kde se jedná o nedostatek emočně pozitivních interakcí, tam kde vážně 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.

RT se pak stává metodou volby, pokud se objeví u dítěte suicidální myšlenky a úmysly nebo přímo suicidální pokus.

Podle názoru mnoha suicidologů, má suicidální chování vždy dyadický aspekt, platí to o suicidálních dospělých a zejména u dětí, kde je vztažnost k některé významné osobě ještě nápadnější. Za významné aspekty tohoto vztahu se považuje závislost, beznaděj, bezmocnost. Rodiny, v nichž se objevil suicidální adolescent, se vyznačují menší efektivností komunikace, je v nich více konfliktních interakcí, nesouhlasu, rodiče nejsou dětem v emočním smyslu k dispozici. Charakteristická v těchto rodinách bývá výrazná rigidita, neschopnost změnit způsoby interakcí, někdy bývá také extrémní rodičovská kontrola a vysoká očekávání.

Když uvažuje o rodinách s adolescenty, kteří se pokusili o TS, používá Rickman termín „suicidogenní rodina“. Podle něj potenciální suicidant nezačíná sám ten způsob interakce, který pak vede k suicidiu, ale participuje na něm, není jeho pasivní obětí. Podle něj však neexistuje způsob interakce, který by se dal nazvat typicky suicidogenní. Uvádí dále některé typy poruch komunikace u suicidogenních poruch.:

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

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/

Zvláštní problémy v RT pak tvoří rodiny, kde došlo k dokonané sebevraždě dítěte nebo mladistvého. Vznikají problémy kolem toho, jak vysvětlit smrt sourozencům, jak pomoci rodině projít fázemi truchlení-tedy procesem, jak se rodina se ztrátou vyrovnává, jak kdo komu pomáhá, co znesnadňuje zármutek unést.

Suicidium dítěte vyvolává pocity viny u rodičů ,často mají sklon vrhnout veškerou svoji péči na zbývající dítě , zejména matky jsou zúzkostnělé

Pokud jde přímo o prevenci suicidálního chování je pro děti a adolescenty důležitá informace o možnostech, kam se obrátit, když se dostávají do bezvýchodné situace a není důvěra obrátit se na rodiče. Dnes existují již na mnoha místech krizová centra pro děti, telefonická pomoc-LN, linky bezpečí, modrá linka adt, důležité je přenést tyto informace do škol.

Literatura:

V rámci seznamu doporučené literatury