

SUICIDÁLNÍ A HOMICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ U POSTADOLESCENTNÍ MATKY

doc. MUDr. Jana Kocourková, doc. MUDr. Vladimír Hort, CSc.

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Autoři analyzují dynamiku vzájemného propojení fenoménu agrese zaměřeného proti sobě (suicidální chování) a proti druhému (homicidální chování). Na příkladu postadolescentní matky předkládají hypotézu, zda přítomnost déledobě trvajících suicidálních fantazií může zvýšit riziko homicidálního chování matky vůči dítěti. Charakterizují další faktory, které stupňují riziko nepřiměřené objektové agrese.

Úvod

Suicidální chování bývá v různé míře provázeno latentní či více otevřenou agresí, která bývá obvykle namířena proti jiným, nejčastěji osobám v blízkém vztahu. Čím více jsou v takovém vztahu setřeny hranice já a objektu, tím snadněji může agresivní náboj těkat mezi subjektem a objektem. Ve významné míře se takové vztahové uspořádání může uplatňovat například v poporodní situaci, zejména u nezralých matek či těch, jejichž osobnost vykazuje znaky hraniční osobnostní organizace. Tato dynamika deprese – agrese se může ve zvýšené míře uplatnit a manifestovat v průběhu deprese poporodního charakteru a přinášet i riziko pro dítě. Depresivní prožitky matek v sobě vedle pocitů vlastní insuficience obstarat potřeby dítěte také snadno uvolňují agresivní nastavení vůči dítěti jako zdroji těchto pocitů. Stav může kolísat od prostého diskomfortu, například v rámci „mateřského blues“, až po zřetelně vyjádřené traumatické zpracování, ať už ve smyslu vyjádřených autoakuzací (není schopna dítě obstarat) až po agresi směřující k dítěti jako vyvolávajícímu zdroji těchto prožitků. Situační faktory mohou modelovat průběh prožitků na spektru čistě depresivní psychopatologie, ale i na té části, která je obrácena agresivně, případně až homicidálně k objektu. Za rizikové faktory bývá obvykle považován nízký věk matky, nezralá osobnost, hraniční organizace osobnosti, latentní disociální rysy, špatný vztah s původní rodinou, nedostatek podpory od partnera, ekonomické problémy.

Psychodynamické aspekty suicidálního chování obsahují nepochybně znaky autoagrese i heteroagrese. S. Freud zdůrazňoval přemístění agresivních pohnutek vůči ztracenému ambivalentně milovanému objektu proti sobě samému. Přítomnost objektové agrese v suicidálním chování bývá často přítomna u adolescentních pacientů, kdy výčitky a přání potrestat bývají zaměřeny nejčastěji proti rodičům (3). Tento aspekt motivace suicidálního chování bývá většinou skrýván, protože je společensky

znehodnocován a označován jako manipulativní, demonstrativní projev.

Statistická data uvádějí, že nejrozsáhlejší skupina lidí zavražděných ženami jsou děti pod 16 let a představují 45 procent všech vražd spáchaných ženami (1). Je nepochybné, že z hlediska motivace jde o heterogenní skupinu, s uplatněním různých faktorů vnitřních i vnějších a jejich vzájemné interakce. Jako rizikové faktory bývají nejčastěji uváděny klinické poruchy (afektivní a psychotické poruchy), osobnostní patologie (nezralost, emoční nestabilita, disocialita), situační stres, nejčastěji spojený s neuspokojivou partnerskou situací. Uvádí se, že motiv pomsty partnerovi bývá zřetelný až v deseti procentech vražd dětí matkami.

Zvyšuje přítomnost suicidálních fantazií riziko homicidálního chování matky vůči dítěti?

Suicidální fantazie představují specifickou prožitkovou konfiguraci, která vzniká nejčastěji v době stresu, spojeném s neúnosnou a neřešitelnou vztahovou situací. Tyto fantazie pomáhají k emočnímu úniku z aktuálního traumatického stavu a mohou fungovat na základě disociativních procesů. Mohou být postupně odpojeny od depresivního pozadí, na kterém obvykle vznikají, slouží jako návyková, úlevu přinášející fantazie v situaci, kdy se objeví obtížně řešitelné okolnosti a neuspokojivé vztahy s blízkými osobami. Jde o podobu sadomasochistické fantazie, v níž agrese vůči sobě samému přináší pocit úlevy, podobně, jako při některých formách sebepoškozování. Trvání a opakování takové fantazie zhoršuje testování reality a posunuje možnost zabít se do oblasti přijatelných strategií, kterými člověk řeší stres. Bývají většinou produkovány osobnostmi s hraničně organizovanou osobností strukturou, které mají slabé hranice Já, nízkou kapacitu snášet pocity neuspokojení a pohotovost sáhnout k nestandardním strategiím řešení zátěže. Fantazijní suicidální pohotovost může v situaci zátěže zvýšit riziko i k agresivnímu chování vůči dítěti, které je zejména pro

matku s rozmazanými hranicemi Já slabě separovaným objektem.

Kazuistika

Dvacetiletá nequalifikovaná žena uzavřela manželství s partnerem po zjištění, že je těhotná. Vztah s manželem je ambivalentní. Na dítě se střídavě těší a střídavě uvažuje o interrupci, avšak vzhledem ke gynekologickému stavu se bojí, že by interrupce mohla ohrozit její budoucí fertilitu. Ve vlastní rodině se setkává s názorem, že je pro mateřství mladá. Rodina manžela je vůči ní kritická, dítě si však přeje. Rozporné postoje ke graviditě jsou zasazeny do reálných problémů s bydlením a financemi. Ambivalentní postoje provázejí celou graviditu, místy až k vyjádřenému vzteku, že je těhotná, že vztah s manželem je nejistý a dítě by komplikovalo případné další řešení vztahu, kdyby z něho chtěla odejít. Poporodní stav, komplikovaný klasickými symptomy deprese, s autoakuzacemi, apatií a pocity únavy a s nekonkrétními suicidálními pohnutkami byl intermitentně provázen i epizodami hostilního nastavení vůči dítěti. V situaci obtížné péče o dítě, na níž manžel odmítl participovat, po nočním nevyspání, kdy si vyčítala, že dítě dobře neobstará, jednala tak, že dítě udusila. I její následná reakce obsahovala jak depresivní nastavení včetně suicidálních pohnutek, tak hostilní pocity a pocity křivdy. Z anamnestických údajů je významnější, že posuzovaná zažila v dospívání sexuální zneužití osobou z rodiny. Nevěděla, jak situaci řešit, a od té doby měla myšlenky a fantazie suicidálního charakteru. O suicidium se nikdy nepokusila, ale fantazie, že by suicidovat mohla, se objevovaly v průběhu dalšího života, zejména v obdobích a situacích, kdy se cítila špatně.

Závěr

Z kazuistického rozboru je zřejmé, že suicidální myšlenky se u dívky objevily v době sexuálního zneužívání a její pohotovost k suicidálním fantaziím pak přetrvávala v průběhu života. V jejím osobnostním profilu byly patrné rysy pasivity a nízkého sebevědomí, ale záro-

veň tendence ke zkratkovým, hostilne motivovaným a neadaptivným řešením. Když se cítila výrazně stresovaná, myslela na suicidium jako na únikové východisko ze situace. Dynamika deprese – agrese ve spojení s únikovým chováním byla přítomna i ve zkratkové reakci, v níž zabila své dítě.

V příspěvku jsme chtěli konstatovat, že přítomnost suicidálních fantazií, které se stanou v průběhu života ego syntonní, může představovat jeden z významných rizikových faktorů agresivního chování vůči blízké osobě.

Publikace je podpořena grantem IGA NR/7955-3.

Literatura

1. d Orban PT. Female homicide, Irish Journal of Psychological Medicine, 1990; 4: 64–70.
2. Green CM, Mahonar SV. Neonaticide and hysterical denial of pregnancy. British Journal of Psychiatry, 1990; 156: 121–123.
3. Hendin H. Psychodynamics of Suicide. Am J Psychiatry, 1948, 1991: 1150–1158.
4. Holinger PC, Offer D, Barter JT, Bell CC. Suicide and Homicide among Adolescence. The Guilford Press, New York 1994.
5. Knowles J. Women who Murder their Children. In: A Practical Guide to Forensic Psychotherapy (eds Weldon EV, Van Velsen C). JessicaKingsley Publishers, London 1997.
6. Kocourková J, Koutek J. Psychodynamické aspekty agrese suicidálního chování v adolescenci. Čs Psychologie, XL, 1996; 6: 534–437.

MIRTAZAPÍN
REMERON SolTab®
prvé a jediné rýchlrozpuštné antidepresívum

Čo na jazyku,

to na duši.

Odpovede pacienta liečeného na depresiu:

Je pre Vás spoločensky únosné zapíjať v spoločnosti liek? áno nie

Ste schopní opustiť spoločnosť so slovom: „Teraz musím ísť užiť liek?“ áno nie

Máte vždy po ruke pohár vody alebo nealkoholického nápoja? áno nie

Robí Vám časté užívanie klasických tabliet spoločenské prípadne psychické problémy? áno nie

Záver:
Bežné tablety môžu vytvárať nepríjemné situácie.
Vaši pacienti by si zvolili
REMERON SolTab®
Pomôžte im

Remeron SolTab® 15 mg, Remeron SolTab® 30 mg, Remeron SolTab® 45 mg

Zloženie: mirtazapín 15, 30 alebo 45 mg, ardispergovateľné tablety

Charakteristika: Mirtazapín je centrálny pôsobiaci aktívny antagonist presynaptických alfa 2 receptorov, ktorý zvyšuje centrálnu noradrengnú a serotonérgnú neurotransmisiu. Zvýšenie serotonérgnej neurotransmisie je špecificky sprostredkované cez 5HT1 receptory, pretože receptory 5HT2 a 5HT3 sú mirtazapínom blokované.

Indikácie: Epizóda veľkej depresívnej poruchy.

Dávkovanie: **Dospelí:** Účinná denná dávka je obvykle medzi 15 a 45 mg; počiatočná dávka je 15 alebo 30 mg (vyššiu dávku je potrebné užívať na noc).

Starí pacienti: Odporúčaná dávka je rovnaká ako pre dospelých. U starších pacientov možno zvyšovať dávku pod prísny dozor na dosiahnutie uspokojivej a bezpečnej odpovede. **Deti:** Keďže bezpečnosť a účinnosť lieku Remeron SolTab nebola doteraz u detí preukázaná, Remeron SolTab sa na liečbu detí neodporúča. **Udržiavacia liečba a liečba u pacientov s komorbídou:** pozri podrobnú informáciu o prípravku a o jeho dávkovaní. **Tabletu je potrebné vybrať zo stripy suchými rukami a potom ju položiť na jazyk. Tableta sa rýchlo rozpúšťa a možno ju prehltnúť bez vody.**

Kontraindikácie: Precitlivosť na mirtazapín alebo na pomocné látky.

Nežiaduce účinky: zvýšenie chuti do jedla a zvýšenie telesnej hmotnosti, ospalosť, ktorá môže viesť k oslabeniu koncentrácie, zvyčajne sa objavuje počas prvých týždňov liečby (**pozor!** zníženie dávky všeobecne vedie k zníženiu sedácie, ale môže ohroziť antidepresívny účinok), generalizovaný alebo lokálny edém sprevádzaný zvýšením telesnej hmotnosti, závraty, bolesti hlavy.

Zriedkavo (0,01 – 0,1%) sa môžu objaviť nasledujúce nežiaduce účinky: ortostatická hypotenzia, mánia, konvulzie, tremor, myoklonie, akútny útlm kostnej drene (leukopenia, agranulocytopenia, agranulocytóza, aplastická anémia a trombocytopenia), zvýšenie aktivity sérových transamináz, exantém, parositézie, syndróm nepokojných nôh, artralgia / myalgia, únava, nočná mora / živé sny.

Liekové a iné interakcie: Mirtazapín je veľmi slabý kompetitívny inhibitor enzýmov CYP1A2, CYP2D6 a CYP3A cytochrómu P450. Úpatnosť je potrebná pri súbežnom podávaní silných inhibitorov CYP3A4, ako sú inhibitory HIV proteázy, azolové antimykotiká, erytromycín a nefazodón s mirtazapínom. Karbamazepín ako induktor CYP3A4 zvyšuje klirns mirtazapínu asi dvojnásobne, čo

vedie k zníženiu hladiny v plazme na 45-60%. Ak sa k liečbe mirtazapínom pridá karbamazepín alebo iné induktry metabolismu liečiva (ako je rifampicín alebo fenytoín), je potrebné zvýšiť dávku mirtazapínu. Ak sa liečba induktorom ukončí, treba dávku mirtazapínu znížiť. Za súbežného podávania cimetidínu a mirtazapínu sa zvyšuje jeho biologická dostupnosť o viac ako 50%. Neboli pozorované farmakokinetické zmeny u pacientov so súbežným podávaním mirtazapínu a lítia. Mirtazapín môže potencovať tlmivé účinky alkoholu na CNS preto sa pacientom počas liečby liekom Remeron SolTab neodporúča konzumácia alkoholu. Remeron SolTab by sa nemal podávať súčasne s inhibitorom MAO alebo v rámci dvoch týždňov po skončení terapie týmito látkami. Mirtazapín môže potencovať sedatívny účinok benzodiazepínov. Používanie v gravidite a počas laktácie: Remeron SolTab by sa mal užívať počas gravidity len ak je to skutočne nevyhnutné. Užívanie Remeron SolTab sa u dojčiacich matiek neodporúča. Ouplyvnenie schopnosti viesť motorové vozidlá a obsluhovať stroje: Remeron SolTab môže zhoršiť koncentráciu a pozornosť.

Prédkvovanie: Pri predávkovaní samotným liekom Remeron SolTab sú u pacientov symptómy zvyčajne mierné. Hlásené boli útlm CNS s dezorientáciou a prolongovanou sedáciou, spolu s tachykardiou a miernou hypertenziou alebo hypotenziou. V prípade predávkovania je potrebný výplach žalúdka s vhodnou symptomatickou a podporou liečbou na zabezpečenie vitálnych funkcií.

Dostupné veľkosti balenia:
30x15 mg, 30x30 mg, 30x45 mg

Organon Slovakia spol. s r.o.
Čajkova 18, 811 05 Bratislava
tel.: 02/524 540 91
fax: 02/524 540 89
e-mail: info@organon.sk
internet: http://www.organon.sk

Organon

Mental health matters



Mental health matters