Emoční poruchy v dospívání II – z pohledu klinického psychologa

PhDr. Veronika Buchtová
Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš

V psychiatrické praxi se poměrně často diagnostikuje u dospívajících dívek smíšená porucha chování a emocí.
Představíme diferenciální diagnostiku poruch chování a emocí v pubertě u disharmonicky se vyvíjející pacientky a návrhy opatření (při posouzení osobnostních, sociálních a výchovných prekurzorů potíží).

Klíčová slova: porucha chování a emocí, duševní zdraví adolescentů, vývojové trauma, attachmentové chování, psychoanalytické poradenství, covid-19 posttraumatická společnost.

Emotional disorders in adolescence II – from the perspective of a clinical psychologist

In psychiatric practice behavioral and emotional disorders are relatively often diagnosed in adolescent girls.
We present the differential diagnosis of behavioral and emotional disorders in early adolescence in disharmoniously developing patient and treatment plan (based on consideration of personality, social, and up-bringing precursors of difficulties).

Key words: behavioral and emotional disorders, adolescent mental health, developmental trauma symptoms, attachment behaviour, psychoanalytic counseling, post-traumatic COVID society.

Úvod

V klinickém obraze dospívajících pacientek psychiatrické péče zjišťujeme emoční poruchu (nízkou schopnost rozlišovat a měnit vlastní emoční reakce, překonávat vnitřní negativní emoční stavy s projevy emoční dysregulace a okamžitého odreagovávání napětí), úzkostně-depresivní symptomy (často spojené s deprivačními vlivy), sociální potíže (hypersenzitivitu na sociální kritiku, sníženou dovednost získávat si prosociální zájem související zřejmě s potížemi v raném attachmentu), nezralé exekutivní funkce, situační zátěže (konflikty ve škole nebo v rodině).

Středně dlouhá hospitalizace klade nároky na adaptační kapacity pacientek (aby zvládly dodržovat režim a pravidla oddělení). Testuje nepřímo i sociálně-komunikační dovednosti (jak se jim zadaří být s ostatními pacientkami), a zvláště funkčnost vztahu s autoritou (zdali obstojí vyhovět nárokům personálu).

U pacientek s klinickým obrazem smíšené poruchy tyto zátěže (stres) zpočátku zvýší projevy destabilizace. V chování se znovu aktualizuje dysfunkční vazbové chování, (u disharmonicky se vyvíjejících adolescentek) emocionální nepřístupnost, stresové projevy (okamžité odreagování vnitřního napětí). V chování zaznamenáváme funkční potíže, vnitřně nestabilní suverenitu, regres (vyžadování si zvýšené péče) a vztahovou asymetrii (výlučné chování motivované vlastním zájmem), impulzivní a nekontrolované chování.

Při klinicko-psychologické diagnostice uvažujeme, nakolik tyto dysfunkce lze považovat vzhledem k věku jako adaptační přechodnou odchylku a/nebo chroničtější bizarnost s rizikem

DECLARATIONS:

Declaration of originality:
The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:
The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:
None.

Funding/Support:
None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2025;26(3):197-201
https://doi.org/10.36290/psy.2025.032
Článek přijat redakcí: 20. 8. 2025
Článek přijat k tisku: 15. 9. 2025

PhDr. Veronika Buchtová
poradenstvi-buchtova@seznam.cz

dlouhodobých funkčních potíží zvláště u dospívajících bez náhledu na sociálně-nežádoucí styly chování u opakovaných pobytů.

Modelová kazuistika

Lucie je 12letá slečna, dostala se do potíží, jelikož ve škole učitelce pohrozila skokem pod vlak. Učitelka zaznamenala u Lucie větší emoční výkyvy v posledním školním roce – bývala v napětí, škrábala se do krve.

Jednalo se o dívku z dlouhodobě nestabilní rodiny. Později se prokázalo, že slečna se vyrovnává s několika traumatickými událostmi (sdílela nahé fotografie na internetu, a proto byla vyslýchána, dále byla svědkem u podezření na sexuální obtěžování spolužáků asistentkou pedagoga, dále její kamarád protiprávně držel marihuanu). Prochází novým nárokem otce (který si ji žádá soudně po osmi letech do péče).

Matka odmítala připustit, že emoční otřes dcery (popisovaný učitelkou) je zatížen rodinnými nebo výchovnými faktory ve vedení dcery, proto se školou spolupracovala ojediněle. Učitelka si opakovaně vyžádala konzultaci s OSPOD.

Ve vývojové anamnéze se jednalo o fyzicky a psychomotoricky zdravou dívku, bystrou, osobností živou, výřečnou, spíše bez zábran, vynucující si pozornost na autoritě.

Vyrůstala v rodině, kde se rodiče hádali od jejího útlého dětství, otec po rozvodu odešel z domácnosti v jejích 4 letech. Od té doby se stýkala s otcem velmi raritně. Lucie si vytvořila silné pouto k matce, jednala vzhledem k věku nepřiměřeně samostatně, matka chodila do práce a Lucii zřejmě chybělo vedení.

Od první třídy základní školy Lucie opakovaně usiluje o vztahy, a to jakoukoliv formou, včetně rušivé (zlobení, vyrušování, provokování). Někdy se jí krátkodobě zadaří mít vztah, ale lidem všeobecně nedůvěřuje. K dospělým je od mladšího školního věku drzá. Školní docházku plní. Nemá pracovní návyky, na písemky se připravuje nahodile.

Otec v důsledku traumatických situací Lucie za toto obvinil matku a zahájil právní kroky změny úpravy styku, do kterých byla Lucie nedobrovolně zahrnuta. Lucie reagovala prvotně zvýšenou nejistotou, a na vrub toho zřejmě i suicidální výhružkou ve škole, později hněvem a odmítavým postojem k oběma rodičům, a nakonec loajalitou k matce.

Protože v tom čase odmítala příklon obou rodičů a jediné východisko viděla v suicidální výhružce (vysvětluji si jako psychickou obranu v zátěži ve strategii „vyhýbání se" a v té téměř nejkrajnější formě v suicidální fantazii), musela být na návrh předběžného opatření OSPODu umístěna do Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP).

Zde se pořezala na radu kamarádky, bývalé pacientky psychiatrického zařízení (vysvětluji si jako regulační mechanismus frustrace). Takto se dostala na Dětskou psychiatrii – nedobrovolně. Zde bylo cíleno na stabilizaci akutní krize pacientky a vyloučena psychiatrická porucha.

Během pobytu na psychiatrickém oddělení se akcentovaly symptomy poruchového chování. Lucie byla drzá k personálu, nedbala pravidel oddělení až natolik, že lékaři indikovali následnou léčbu v Dětské psychiatrické nemocnici Velká Bíteš.

Při příjmu negovala suicidální motivy. Byla zvýšeně kritická, vyžadovala si vlastní autonomii, omlouvala neposlušnost srovnáváním se s dospělými, zlehčovala své drzé chování „srandou", chovala se individualisticky, chaoticky, byla naštvaná, obviňovala druhé, nedokázala se citově angažovat ve vztazích, nedbala společenských pravidel, vyhledávala jakékoliv chování, při kterém byla centrem zájmu, i negativního a převážně tohoto. Inscenovala nemoc, stěžovala si na bolesti hlavy, útočila verbálně i fyzicky, odreagovávala agresi.

Klinicko-psychologická diferenciální diagnostika

Klinicky (v individuálním settingu) se chovala Lucie suverénně, bez zábran, bez trémy. Byla hovorná, hyperkinetická, stále ve střehu. Testům vyhověla formálně, povrchně.

Vůči personálu byla výrazně vzdorovitá, udržovala kontrolu okolí neustálými dramatickými inscenacemi (porušováním konvencí, předváděním, kolizemi).

Přitom emočně byla nejistá – lehce emočně dráždivá, snadno rozladěná.

Testově (vážené skóry a indexy v textu neuvádím, pouze interpretuji s ohledem na citlivost dat)

1. Wechslerovy škály

Celkové intelektové nadání dívky bylo naměřeno v pásmu průměru. Ovšem některé dílčí výkony dosahovaly až horního pásma průměru.

Klinicky významně snížené skóre v indexu zpracování informací ukazuje na pozornostní potíže – konkrétně na potíže v soustředění.

V rámci diferenciální diagnostiky jsme zvažovali nutnost rozlišit charakter potíží se soustředěním (zdali se jedná o ADHD nebo např. o snadnou únavnost, a /nebo vliv úzkosti). Potíže jí činil vstup do testu a snadnější položky. Uměla se koncentrovat na složitější úkoly vyžadující vytrvalost.

Její percepční vnímání je povrchní, nahodilé.

2. Rorschachova metoda

Lucie dala patnáct odpovědí (při opakované instrukci pro malý počet odpovědí). Šokové reakce (selhání) zaznamenány na tabuli 4 a 9.

Testu vyhověla formálně. Byla vyloučena porucha testování reality a závažné poruchy nálady. Potvrzena interpersonální expanzivita (7 : 1). Asociační proces myšlení preferující instinktivní odpovědi, převážně zvířecí.

Na emoční tabule modifikovaná perseverace – **emoční reaktivita málo diferencovaná** (vyjadřování emocí obdobné na různé podněty, reakce snadno ovlivněny úzkostí). Šokový fenomén lze interpretovat jako **obtížné překonávání negativních emočních stavů, i jako silný strach z autorit, který nezvládá překonat** (a zřejmě **proto odreagovává emoce výbojně a nadřazeně**).

Snížené potlačování vnitřního agresivního napětí (koresponduje s nedostatečnou dovedností emoce regulovat).

3. Hand test

Reakce Lucie na tabule jsou normální bez psychopatologických známek. Má klinicky významně zvýšenou potřebu sociální orientace (INT 9) a je vůči sociální interakci otevřená. Své reakce (touhu po zisku sociální odpovědi) však málo moduluje.

4. Dotazník rodičovského jednání a postojů pro adolescenty

Strukturovaný rozhovor (jsou vyjmuty informace týkající se sociálních rolí a sebeprezentace hodnocené pacientkou k doplnění dotazníku):

otec: dominantní – urážející, vulgární při popisu vzhledu;

matka: infantilizující, **podporující závislou roli** pacientky (omezuje samostatnost při odlišném názoru).

Sebeprezentace pacientky: autentická, bez snahy o sociální přijetí.

Vyhodnocení dotazníku:

Matka: Lucii neodmítá ani ji výrazně nepreferuje. Neinklinuje ani k autoritářství, ani k liberální

výchově – nestabilně, **výchovný postoj matky je nevyvážený, nečitelný.**

Otec: vykazuje nízkou míru emoční otevřenosti, odmítá dceru. Mezi ním a dcerou je porušená vazba. Výchovný přístup má nekonzistentní. Vztah otce k dceři je matoucí.

5. Osobnostní dotazník pro mládež

Potvrzuje klinicky významně zvýšený faktor druhého řádu **vysoké úzkostnosti** v osobnosti pacientky, tzn. vysokou náchylnost v nejistotě a senzitivitu k narušitelnosti vnitřní integrace v úzkosti vyžadující zvýšenou potřebnost podpory.

Dále klinicky **významně zvýšené skóre vzpurnosti**. Lucie jedná individualisticky, má velmi nízkou potřebu podřizovat se autoritám, zpochybňuje je, jedná se o **osobnost vůdčí, má potíže s respektem autorit** a podřízení se, pokud je to po ní vyžadováno, je potenciálně vysoce pravděpodobně konfliktní.

Resumé

Dívka vykazuje v rámci zvýšených nároků na přizpůsobení (funkčnost) emoční poruchu a problémové chování.

Vztahové chování Lucie má specifický vzorec (stereotypně opakující se chování) potíží, etiologicky uvažujeme o vlivu deprivačních faktorů na tomto vzorci.

Lucie neměla v předškolním a školním věku dostatečnou příležitost navázat hlubokou emoční vazbu s otcem. Matka byla pracovně vytížená a taktéž méně attachmentově dostupná. Tyto deprivační faktory zřejmě způsobily, že se Lucie chová dezinhibovaně ve vztazích (nevědomě provokuje zájem, není schopná odložit potřebu a udržet si sociální odstup a zároveň navazuje impulsivně riskantní vrstevnické vazby). Neví, jak si přímo říct o pomoc, vědomou negativní pozorností se zřejmě snaží vyhnout ignoraci a/nebo odmítnutí.

Je velmi snadno emočně přetížená požadavky autority, které nemůže důvěřovat. To, že je vůči personálu opoziční a výbojná, si vysvětlujeme jejím zpracováním rané zkušenosti s rodiči. Nezvládá emočně zpracovat frustraci (zlost na ně), nemůže ji přímo odreagovat, a proto je vůči jiným autoritám výbojná a vůči slabším dětem zlostná (dislokuje agresi).

Chování Lucie je okamžité – povětšinou jedná bez kontroly a zároveň hyperreaktivně na sociální podněty. Kolize s okolím jsou s cílem sociálního zájmu, hand test **vyloučil agresivní motiv chování**, přestože je pacientka opoziční, vyvolávající i přímé fyzické konflikty.

Osobitost Lucie je predisponována nízkou podřídivostí – apel na vyžadování respektu provokuje u Lucie vysoké riziko potenciálu konfliktnosti. Predispozice úzkostnosti velmi snadnou nejistotu a dezorganizaci (i v chování).

Emoční schéma lze definovat jako nízký práh frustrace, hypersenzitivní reaktivitu, při nárocích na zpracování emocí emoční dysregulaci, snadné emoční přetížení.

Aktuálně vykazuje známky strachu, hněvu, smutku. Pečující personál používá jako „odkladiště" na negativní emoce, které se jí nedaří zpracovat, a které ji chaotizují.

Vývoj osobnosti pacientky je disharmonický i vzhledem k méně funkčním výchovným rolím rodičů. Sebepojetí dívky je nevyvážené (reakce a chování musí odpovídat matce, aby obdržela Lucie emoční přijetí, a to v období, kdy má dívka usilovat o rozvoj vlastního sebeobrazu).

Nejlépe její potíže vystihuje **diagnóza F 43. 24**. V adaptaci na zátěže posledních asi šesti měsíců je znejistěná, zmatená, emočně přetížená (přidruženě s poruchou chování a emocí) a to zřejmě proto, že odreagovává frustrace a vnitřní konflikty obrannými mechanismy, bojovně, vztekem, projekcí hostility.

Změna chování pacientky je obtížná pro dispozice v povaze i méně funkčnímu rodinnému zázemí. Riziko rozvoje akcentované osobnosti v dospělosti je zvýšené.

Nároky na ošetřující personál

Výše popsaný modelový klinický profil ukazuje na vysoké nároky na zvládání negativního stresu a ovládání emocí zvláště u ošetřujícího personálu, který s takovými pacientkami tráví nejvíce času.

Ochota akceptace, odložení konfrontace, unesení zpochybňování je nedílnou součástí nároků na dobrou spolupráci ze strany zdravotníků.

Běžněji se setkáváme u pacientek s řečněním o navržených postupech, prosazováním si určení délky hospitalizace, vlastních zájmů skrze jiné autority (vč. rodičů a policie) bez ohledu na širší kontext, s obcházením režimu a doporučení (přestupky, lhaní).

Většinou čím poruchovější chování pacientky vykazují, tím více (a dlouhodoběji působící) deprivační faktory v anamnéze mají (faktory uvádí tabulka 2).

Zdravotníci rozhodují o vhodném individualizovaném léčebném postupu. Zdali nabízet psychofarmaka k zmírnění symptomů (i se znalostí rodinného a sociálního kontextu).

Lege artis je cílení na změnu vzorců emocí a chování, naučení se komplexním dovednostem (komunikačním, emocionálním, ryze praktickým – porozuměním si, nácvik kontroly a předvídání vlastního chování).

Personál nemocnice je (nechtěně) cvičným modelem pro dospívající i jejich rodiče v tom, jak s nimi komunikují a nastavují své přijatelné mezilidské hranice. Z praxe známe, že není možné se vyhnout naší účasti v komplikovaných vztazích rodiny pacientek. To vyžaduje dostatečný trénink

Tab. 1. *Důležitost interpersonálních vztahů v rodině na funkčnost self v rané adolescenci*

Protektivní faktory zdravého vývoje self u dívek
Matka: emočně angažovaná a vstřícná, citově otevřená (vyjadřující pozitivní zájem, vč. zájmu o emoce dcery – stabilně) předvídatelně výchovně kontrolující (Macek, Širůček, 2005).
Výchovný styl obou rodičů: dávají rady až na vyžádání adolescenta, umožní sebeprosazení názoru (autentickou reakci), odloží příliš autonomní reakci do pozdní adolescence, uklidní konflikt.
Rodiče: věří a vidí adolescenta „v pozitivním světle".

Tab. 2. *Rizikové faktory poruchového chování v rané adolescenci*

Rodinné vlivy: ▪ Sporné a dlouhotrvající rozvody (přítomnost alespoň jednoho z rodičů s odchylnými vlastnostmi osobnosti) ▪ Výchovné dysfunkce: rozporné nároky, ne-výchova, akceptace extrémů (hyperprotekce/úzkostný rodič, vše umožňující) sociálně-nonkonformní výchova bez formování identity, přílišná kontrola zvl. v rané adolescenci, tlak např. deprimovaného rodiče (parentifikace, Minuchin, 1967; Boszorményi-Nagy I.), problémy v rodinné dynamice (symetrické vztahy s rodičem)
Společenské vlivy: Na autonomii a pokrok orientovaná společnost (bez vztahových hranic a autoritativních rolí, reciprocity vztahů), fragmentovaná a posttraumatizovaná společnost (pandemií covidem-19)
Osobnostní vlivy, raně-attachmentové vlivy: Dětská hypersenzitivita, potíže s ranou důvěrou, nekvalitní separačně-individuační proces a druhý proces individuace (Mahlerová M., Blos P., 1979), tlumená iniciativa dítěte (důsledek v potížích rozvoje identity)

Tab. 3. *Psychoterapeutická doporučení pro rodiče*

Obecná doporučení pro rodiče dospívající dívky
▪ Nechte dospívající prožívat – neřiďte každý její krok ani si ji neidealizujte. Dovolte jí smutek. A poznání vlastních limitů. Nechte ji snít (někdy „hysterčit“). ▪ Na projevy hostility nereagujte destruktivně – neponižujte, neznevažujte, vynechte antitezi. ▪ Umožněte prosazení, nechte projít drobnou lež. ▪ Věřte v „ideální já“ vašeho dítěte. ▪ Akceptujte emoční podrážděnost. ▪ Uvěřte, že dospívající přechodně zažívá pocity nudy a existenciální krize (táže se „proč a zdali má život smysl“) – diskutujte, dejte alternativní výklad reality. ▪ Buďte emočně otevření – nabízejte vztah. ▪ Poskytujte vlastní sebereflexi – buďte „dostatečně dobrým“ modelem rodiče – přiznejte selhání, své limity. ▪ Pokud si nevíte rady, zajděte ke konzultaci s odborníkem, ale převezměte za dítě zodpovědnost.

zvládání a komunikace a znalost problematiky, kterou nejlépe ovládá cvičený psychoterapeut.

Ochota zdravotníka připustit, že hostilní pacientka je emočně strádající, bez náhledu na to, že bývá hostilní a někdy nevědomě a někdy vědomě (ale bezradně) způsobuje škodu okolí, ochota ji takovou akceptovat, a poskytovat vhodnější vzor chování, vyžaduje vysokou profesionalitu. Protektivní jsou vřelé a kolegiální vztahy na pracovišti.

Schéma diferenciálně diagnostických rozvah u raně dospívajících pacientek

Rozlišit diagnosticky jednotlivé stavy je nelehký úkol pro diagnostika.

Pubertální vývoj sám o sobě akceleruje u dospívajících následující projevy – univerzálně testují hranice dospělých (kritizují nás, pravidla), přechodně lžou, používají konstruktivní agresi k vymezení se. Věří, že ideální je dosažitelné. Podléhají emočním rozladám, jsou vnitřně nejistí. Ty není nutné odesílat do ambulancí psychiatrů ani psychoterapeutů.

Někteří dospívající (zvl. děti s obtížnou temperamentovou výbavou) v pubertě vykazují adaptační potíže (krizi puberty). Jsou přetížení nároky puberty, vykazují úzkostné symptomy (somatizace, žádají úlevy), mají vztahové potíže, poruchy nálady, začínají se sebepoškozováním, jsou pasivní, bez zájmů. Takoví jsou indikováni do ambulantní psychoterapie.

Ostatní dospívající s výraznějšími a déletrvajícími odchylkami v emocích a chování – s prudšími emočními výkyvy často s dlouhodobějším vzorcem auto- nebo hetero-agrese (zastrašování rodičů sebevraždami, rozbíjení věcí v afektu, užívající verbálních nadávek, neoblomná neposlušnost a přebírání moci s konzumováním výhod) nebo projevy poruch příjmu potravy, známky akcentace egocentrismu a oslabení morálního vývoje vzhledem k věku, stále trvající iritabilita, časté dezintegrace, vývojová traumatická porucha v anamnéze spadají už do péče psychiatrů.

Pokud se dospívající dívka vyvíjí s komplexní vývojovou traumatickou poruchou (Van der Kolk, 2015, 2017), je zvýšeně riziková k rozvoji smíšené poruchy. Může být psychicky přetížená např. narušenými citovými (objektovými) vazbami s rodiči a nemít adaptační kapacity na přechodné situační zátěže puberty (hypervigilance, úzkostnost, impulzivita, kolizní vztahy, školní neúspěchy/nesoustředěnost).

Psychoterapeutická léčba

Domníváme se, že **práce s rodinou (a výchovné poradenství, rozvoj sebereflexe rodičů) má prioritu**. Účinnost konzultační a poradenské psychoterapie rodičům má své výhody. Dítě vracíme do rodiny a efekt poradenské činnosti má přímý pozitivní dopad na dospívající pacientku.

Účinnost individuální psychoterapie (indikované k léčbě smíšené poruchy chování a emocí)

V psychoterapii se cílí na rozvoj sebepoznání a stability já. Vhodné jsou směry DBT (Linehan MM), self-psychoterapie (Kohut H, 1971).

U dospívajících terapeut modifikuje techniku. Bývá direktivnější, aktivnější, komunikuje konkrétněji. Frekventovaně kontejnuje (Wilfred Bion, Learning from Experience, 1962), respektive vnitřně rozpoznává emoční stavy dospívající a „očištěnou“ emoci od hněvu nebo např. závisti pacientce vrací (projekční identifikace, Klein M.). Zprostředkovává pacientce zkušenost s prožíváním (skrze vlastní funkční emoce. Spíše nepoužívá konfrontaci („Toužíš zřejmě po naší pozornosti nebo abys byla litována.“).

Pacientka bývá v rámci hospitalizace obyčejně nedobrovolně přivedena. Terapeut si musí získat důvěru, kterou ztěžuje konflikt loajality dospívající k rodiči. Terapeut rozumí agování emocí, zvyšuje kapacitu introspekce pacientky. Vhodné je nezaměřovat se pouze na patologii, ale hledat pozitivní (své motivy, fantazie).

Souhrn

Dospívající děti se smíšenou poruchou chování a emocí a jejich rodiny jsou frekventovanou klientelou dětských psychiatrických pracovišť.

Pozorujeme četnost vývojových traumat u dětí současné generace a snížené adaptační kapacity na zvládání přerodu identity v dospívaní.

Rozlišit patologii chování a emocí v dospívání je nelehký úkol pro diagnostika, který diferencuje příznaky normálního pubertálního vývoje od adaptačních poruch a trvalejších a závažnějších odchylek chování.

Léčba je komplexní – přechodně psychofarmakologická, poskytujeme psychoterapeutické a konzultační vedení rodiny a pacientky s cílem prevence rozvoje do chroničtějších poruch směřujících do dospělosti.

Úspěšnost stabilizace dospívající pacientky je závislá od kolegiální a emočně přívětivé týmové léčby zvláště proto, že je personál nemocnice testován každodenními psychickými nároky pacientek – včetně ventilace hostility, úzkosti a testování hranic autorit.

LITERATURA

1. Altman Z. Test apercepce ruky v psychodiagnostické praxi. Nové možnosti vyhodnocování. Praha: Testcentrum. Hogrefe; 2016.
2. Barnhill, WJ. Psychické poruchy – kazuistiky. Bratislava: Vydavatelstvo - F. 2015.
3. Cattel RB, Balcar K. Osobnostní dotazník pro mládež. 2. přepracované vydání. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy; 1986.
4. Polák A, Obuch I. Komprehenzivní systém J.E. Exnera, Jr. Standardizovaný přístup k vyhodnocování Rorschachovy metody. Praha: Hogrefe-Testcentrum; 2011.
5. Farková M. Dospělost a její variabilita. Praha: Grada Publishing; 2009.
6. Glajchová A. Zranitelnost lékařské profese jako důsledek rostoucí autonomie pacientů. Plzeň: FF Západočeská univerzita, Lidé města. Urban People. 2016.
7. Jochmannová L. Trauma u dětí. Kategorie, projevy a specifika odborné péče. Praha: Grada; 2021.
8. Kohut H. The analysis of the Self. Chicago: The university of Chicago; 2009.
9. Kopřivová M, Růžičková I, Šebek M, et al. Dospívání v zr-

cadle současnosti i minulosti. Revue pro psychoanalytickou psychoterapii a psychoanalýzu. XXVI. Zima 2. 2024.
10. Kreisman JJ, Straus H. Nenávidím tě, neopouštěj mě. Zvládání hraniční poruchy osobnosti. Praha: Portál; 2017.
11. Krejčířová D, Boschek P, Dan J. Wechslerova inteligenční škála pro děti, III. revize. Praha: Testcentrum; 2002.
12. Macek P. Adolescence. Praha: Portál; 2003.
13. Macek P, Lacinová L. Vztahy v dospívání. Brno: FSS MU, Institut výzkumu dětí, mládeže a rodiny, Nakladatelství Barrister Principal, spol. s.r.o.; 2006.
14. Matějček Z, Říčan P. Dotazník rodičovského jednání a postojů pro adolescenty. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy; 1983.