

Emočně nestabilní adolescenti – diagnostika a terapie

doc. PhDr. Jana Kocourková, MUDr. Jiří Koutek, Ph.D., MUDr. Tereza Strnadová, MUDr. Kryštof Kantor

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

Emočně nestabilní adolescenti představují rozsáhlou skupinu pacientů, kterými se v současnosti zabývají pedopsychiatrická pracoviště, jak ambulantního, tak lůžkového charakteru. Převážnou většinu tvoří adolescentní dívky, které přicházejí zejména pro úzkostně depresivní symptomatiku, sebepoškozování a suicidální chování. Emoční nestabilita v adolescenci představuje spektrum závažnosti, počínaje emoční labilitou obvyklou v dospívání, až po poruchy ve vývoji osobnosti, které mohou v nejzávažnějším případě vyústit do emočně nestabilní – hraniční poruchy osobnosti. Terapie vyžaduje integrovaný přístup, s důrazem na psychoterapii a rodinnou terapii, a také indikovanou farmakoterapii.

Klíčová slova: emoční nestabilita v adolescenci, hraniční porucha osobnosti, diagnostika, terapie.

Emotionally unstable adolescents – diagnostics and therapy

Emotionally unstable adolescents represent a large group of patients currently dealt with pedopsychiatric facilities, both outpatient and inpatient. The vast majority are adolescent girl who come mainly for anxiety – depressive symptoms, self harm and suicidal behavior. Emotional instability in adolescence represents a spektrum of severity, starting with emotional lability common in adolescence, up to disturbances in personality development, which in the most serious case can reset in emotionally unstable – borderline personality disorder. Therapy requires an integrated approach, with an emphasis on psychotherapy and family therapy, as well as indicated pharmacotherapy.

Key words: emotional instability in adolescence, borderline personality disorder, diagnosis, therapy.

Úvod

Adolescentní vývojové období přináší řadu změn zejména ve vývoji vlastní identity a vztahů s důležitými osobami, jako jsou rodiče, romantičtí partneři, vrstevníci. Vnější zatěžující nebo traumatizující okolnosti mají negativní vliv na emoční prožívání adolescentů, v závislosti na specifické povahové struktuře (3) a charakteru blízkých vztahů. Můžeme si povšimnout, že vnitřní osobnostní problémy adolescenta mohou vést k „odehrávání“ ve vnější realitě. Dochází k rizikovému chování (například v oblasti sexuality, experimentace

s návykovými látkami, rizikové chování na sociálních sítích, sebepoškozování a suicidální chování). Dochází k problémům ve vztazích, zejména v rámci rodiny, nebo ve vztazích, kde je adolescent citově zaangažován (romantičtí partneři). Obava použít diagnózu hraniční poruchy osobnosti v adolescentním věku (před osmnáctým rokem) pramení z toho, že v rámci kategoriálního přístupu k diagnóze je porucha osobnosti hodnocena jako přetrvávající stav, který může pro adolescenta představovat neměnnou, stigmatizující a sociálně znevýhodňující charakteristiku (1). Dimenzionální pří-

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:

Podpořeno interním grantem č. 6030 v rámci projektu (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (FN Motol) a programem Cooperatio Univerzity Karlovy (oblast neurověd).

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(3):120-124

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.020>

Článek přijat redakcí: 26. 4. 2024

Článek přijat k tisku: 30. 5. 2024

doc. PhDr. Jana Kocourková

jana.kocourkova@lfmotol.cuni.cz

stup k diagnóze poruchy osobnosti umožňuje vidět spektrum poruchy, rozlišit její závažnost a správně indikovat terapeutické postupy. Dle psychiatrického klasifikačního systému ICD-11 jsou poruchy osobnosti pouze „relativně“ stabilní a mohou se v době mladé dospělosti změnit (2). Téma emoční nestability u adolescentů v odborné literatuře ukazuje na vzrůstající zájem o tuto problematiku (3, 4, 5, 6).

Výskyt a klinické projevy

Uvádí se, že prevalence hraniční poruchy osobnosti s emočně nestabilními rysy v celkové populaci adolescentů dosahuje úrovně kolem 3 % (4). Údaje jsou závislé na charakteru klinické populace, například u suicidálních adolescentů přicházejících na psychiatrickou pohotovost se počet zvyšuje. Z hlediska pohlaví převažují dívky (až tři čtvrtiny pacientů).

Charakteristickými projevy u emočně nestabilních adolescentů jsou výkyvy nálady, afektivní nestabilita, impulzivita, sebepoškození a suicidální chování, užívání návykových látek, poruchy příjmu potravy, závislost na sociálních sítích, problémová experimentace v sexuální oblasti. U některých pacientů můžeme vidět genderovou dysforii, která je též narůstajícím problémem a zvyšuje riziko autodestruktivního chování. V současném spektru emočně nestabilních adolescentů, zejména těch s rizikem vývoje k hraniční poruše osobnosti, můžeme vidět symptomy psychotického charakteru, zejména „hlasy“, které bývají podhodnocovány. Dle Cavelti, et al. (7, 8) tyto příznaky prokazují více podobností než rozdílů u osob s hraniční poruchou osobnosti a osob s psychotickými poruchami a dále to, že přítomnost psychotických symptomů u hraniční poruchy osobnosti je ukazatelem závažnosti poruchy a rizikovým faktorem například ve vztahu k suicidalitě. Přehledová práce k této tematice (9) poukazuje na výskyt auditivních halucinací, které mohou být asociovány s posttraumatickou stresovou poruchou a historií dětské traumatizace (10).

Typickými klinickými znaky emočně nestabilní – hraniční poruchy osobnosti jsou déletrvající obtíže, často referované od doby začátku dospívání (11–12) roků a stupňující se v průběhu adolescence. Jde o charakteristiky korespondující s kritérii hraniční poruchy osobnosti dle DSM-5 (11):

Diagnostická kritéria hraniční poruchy osobnosti dle DSM-5

1. Horlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění.
2. Vzorec nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů charakterizovaný kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací.
3. Porucha identity: výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama.
4. Impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebepoškození (např. utrácení peněz, sex, abúzus látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvaty přejídání).
5. Opakující se suicidální jednání, gesta a pohrůžky nebo sebepoškozující chování.
6. Afektivní nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady (např. intenzivní epizodická dysforie, iritabilita či úzkost, která obvykle trvá několik hodin, vzácně pak déle než několik dnů).
7. Chronické pocity prázdnoty.
8. Nepřiměřený, intenzivní vztek či potíže s ovládnutím vzteku (např. častá náladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty).
9. V reakci na stres přechodné paranoické projevy a těžké disociativní symptomy).

Sebepoškození a suicidální chování

Sebepoškození a suicidální projevy jsou typickými příznaky emočně nestabilních adolescentů, představují spektrum závažnosti a jsou častou indikací pro psychiatrickou a psychoterapeutickou intervenci. Zároveň vedou k problémům v rámci rodiny, školy, ve vrstevnických vztazích i ve vztahu k zdravotnickému systému a terapii. Charakter sebepoškození a závažnost suicidálního rizika je třeba zvažovat při rozhodování o indikaci k typu péče, ať již ambulantního typu nebo hospitalizace.

Diagnostický manuál DSM 5 (11) navrhuje samostatná diagnostická kritéria pro poruchy, na které by se měl zaměřit další výzkum, mezi jinými také odděleně Poruchu se suicidálním chováním a Nesuicidální sebepoškození.

Odlišení nesuicidálního sebepoškození a poruchy se suicidálním chováním je dle DSM 5 precizní a dobře použitelné pro výzkumné účely. Klinická praxe však ukazuje, že posuzování autodestruktivního chování adolescentů je méně ohraničitelné, nemusí splňovat všechny znaky popsanych kategorií, u pacientů se může

zároveň vyskytovat sebepoškození i suicidální chování.

Nesuicidální sebepoškození

Nesuicidální sebepoškození je považováno za sebezraňování bez suicidálního úmyslu (12). Představuje závažný problém zejména v adolescentním věku. Nesuicidální sebepoškození se pojí s dalšími problémy (například deprese, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti, posttraumatická stresová porucha), může se ale vyskytnout i u neklinické populace. Konfrontace se sebepoškozujícím se adolescentem je náročná a zejména u dospělých autorit vede často k vyhoceným emočním reakcím, jako je strach, zlost, pocity viny. Nesuicidální sebepoškození je nejčastěji popisováno ve spojení s opakovaným povrchoým sebezraňováním, nejčastěji se sebepořezáváním, pálením se, škrábáním, bitím, většinou, ale ne vždy, bez závažného poškození tělesného stavu (13). Jinou formou může být opakovaná intoxikace (nejčastěji psychofarmaky), která nemá suicidální cíl. Bývá upozorňováno na návykový charakter sebepoškození, s projevy bažení, narůstajícího vzrušení a vybití, které aktem sebepoškození přináší úlevu spojenou s potřebou opakování. Sebepoškození může ve svém průběhu vést k zesilování způsobů sebezraňování, a představuje zřetelné riziko pro následující suicidální chování. Motivy pro sebepoškození bývají většinou vysvětlovány jako přání adolescenta získat úlevu a oslabit prožitek mentálního diskomfortu, nicméně údaje, které ve verbální podobě od pacienta získáme, nemusí být plně spolehlivé a mohou mít charakter dodatečných racionalizací, nebo vědomých manipulativních tendencí.

Suicidální chování

Sebevražda v adolescenci je jednou ze tří příčin smrti v období mezi 15–24 roky. Pojem suicidální chování zahrnuje široké spektrum, začínající suicidálními myšlenkami a tendencemi, přes suicidální pokus, až po dokonané suicidium. Ve vztahu k pohlaví, stejně jako v celé populaci, u dokonanych sebevražd v adolescenci výrazně převažují chlapci nad dívkami. Prostředky užívané pro suicidální chování jsou odlišné, u dívek převažuje intoxikace medikamenty, u chlapců převažují tzv. tvrdé metody, jako je strangulace nebo střelná zbraň. V adolescentním období převažují sebevražedné pokusy dívek. Suicidální

chování je výsledkem multifaktoriálního procesu, na jehož průběhu i vyústění se podílí více vlivů (14). Uváděný motiv bývá spíše spouštějícím než příčinným faktorem, který vede k realizaci tohoto rizikového jednání. Důležitou úlohu hrají primární psychiatrické poruchy, osobnostní rysy a aktuální situační zátěžové okolnosti a konflikty. Výskyt suicidia v rodině, případně suicidálních proklamací blízkých osob, může být určitým modelem řešení krizových situací. S rizikem suicidálního jednání je častá souvislost s depresí a nezdá se, že je neočekávaný suicidální pokus prvním zjevným příznakem závažné afektivní poruchy. Úzká souvislost je též mezi sebevražedným jednáním a závislostí na alkoholu a návykových látkách, kdy je alkohol nebo jiná návyková látka užita před suicidálním jednáním. V adolescentním věku má význam disharmonický vývoj osobnosti, zejména spojený s emoční nestabilitou a impulzivitou. V současnosti vidíme více než dříve pacienty s poruchou pohlavní identity, genderovou dysforií, u nichž je sebepoškozování nebo suicidální chování častým důvodem pro psychiatrickou intervenci.

Úskalí v kontaktu s emočně nestabilním adolescentem

Do psychiatrické péče přivádí tyto adolescentní pacienty nejčastěji úzkostné a depresivní potíže, závažné sebepoškozování, suicidální chování a související problémy ve vztazích v rodinném i vrstevnickém prostředí. Symptomatika sebepoškozování a suicidálního chování znepokojuje jak rodiče, tak i další dospělá, kteří přebírají odpovědnost (učitelé, vychovatelé, zdravotníci pracovníci). Suicidální chování u adolescentů představuje indikaci pro hospitalizaci, i když může vykazovat manipulativní charakteristiku. V počátečním diagnostickém kontaktu není vždy snadné odlišit suicidální motivaci od nesuicidálního sebepoškozování, zejména když jde o opakovanou intoxikaci psychofarmaky. Samotné nesuicidální sebepoškozování může mít různý stupeň závažnosti, a je rizikovým faktorem pro suicidální chování. První kontakt často vyvolává ambivalentní postoje i na straně zdravotníků, zejména musí-li v krizové situaci rozhodovat o dalším řešení. Podobně jako u rodičů, i profesionálové prožívají úzkost ze závažného sebepoškozování adolescenta, zároveň si mohou myslet, že jde z jeho strany o chování manipulativní nebo demonstrativní. Suportivní

psychoterapeutický přístup pro adolescenta i jeho rodinu bývá na počátku základní terapeutickou intervencí, včetně dosažení dohody o dalším postupu léčby. První kontakt s emočně nestabilním adolescentem může být podstatný pro spolupráci a motivaci k další léčbě. V rámci terapeutického uspořádání při hospitalizaci se využívá režimová léčba, různé formy skupinové psychoterapie, individuální terapie, práce s rodinou. Délku hospitalizace u těchto adolescentů je třeba pečlivě zvažovat, tak aby na jedné straně došlo ke stabilizaci duševního stavu a oslabení suicidálního rizika, na druhé straně je potřeba předejít přílišnému „zabydlení“ na psychiatrickém oddělení.

Terapeutické přístupy

Psychoterapie

Za **základní terapeutické principy** v přístupu k emočně nestabilním adolescentům můžeme považovat:

- Vytvoření stabilního terapeutického rámce.
- Aktivní terapeutický postoj.
- Schopnost snášet negativní emoce pacienta.
- Propracování vztahu mezi jeho pocity a chováním, zejména v oblasti autodestruktivních projevů.
- Pevné hranice terapeutického uspořádání.
- Orientace na problémy „tady a teď“.
- Monitorování vlastního prožívání ve vztahu k pacientům.
- Terapeutická práce s rodinou.

Psychoterapeutické přístupy, původně vytvořené pro léčbu dospělých, byly modifikovány pro psychoterapii hraničních pacientů v adolescentním věku. Příkladem jsou následující terapeutické modely:

Dialektická behaviorální terapie (Dialectical behavior therapy) (15, 16) je adaptovaná pro použití v adolescentním věku. Jde o syntézu behaviorální terapie a dialektické filozofie, se zaměřením na emoční dysregulaci, nízkou toleranci ke stresu a interpersonální obtíže.

Terapie založená na mentalizaci (Mentalization-based therapy) (17, 18, 19) je integrativní terapeutický přístup zaměřený na zlepšení mentalizační funkce (kapacity porozumět a predikovat duševní stavy a chování u sebe sama i druhých osob). Pomáhá zejména

ke stabilizaci emočního prožívání a zlepšení interpersonálních vztahů.

Psychoterapie zaměřená na přenos (Transference focused therapy) je strukturovaná psychoanalytická terapie, která byla vyvinuta Otto F. Kernbergem pro léčbu závažných hraničních a narcistických poruch osobnosti. Je adaptovaná pro adolescentní věk. Cílem je zlepšení v oblasti regulace emocí, autodestruktivního chování a zlepšení v oblasti interpersonálních vztahů.

Schéma terapie (Schema therapy) je integrativní směr, který rozvíjí kognitivně behaviorální terapii, s integrací teorie vazby, gestalt terapie a na emoce zaměřené terapie. Přístup je modifikován pro terapii dětí a adolescentů, zahrnuje práci s rodinou.

Terapie zaměřená na léčbu problémů identity adolescentů (Adolescent Identity Treatment) (20). Jde o model, který je inspirován teorií objektních vztahů a terapií zaměřenou na přenos a dále integruje prvky KBT, prvky psychodynamického přístupu i rodinného systemického přístupu.

Dialektická behaviorální terapie

Psychoterapeutický přístup, v současné době rozvíjený na řadě pedopsychiatrických pracovištích, je dialekticko behaviorální terapie (dále DBT) (15). Jde o psychoterapeutický program založený americkou psycholožkou Marshou M. Linehanovou. Je založen na kombinaci přístupu dialektické filozofie a behaviorální terapie. Dialektikou rozumíme hledání syntézy u dvou zprvu protichůdných polarit, a tedy tzv. „zlaté střední cesty“. V rámci dialektického přístupu DBT využívá takzvaná dialektická dilemata – radikální přijetí pacienta takového, jaký je versus tlak na změnu; zranitelnost jedince versus sebe-devalvací; v případě adolescentů také přílišná shovívavost ze strany rodičů versus autoritativní výchova a mnohá další. Dialektický přístup je kombinován s principy behaviorální terapie, jako je nácvik nových dovedností a pochopení principů vlastního chování.

Marsha Linehanová udává etiologii emočně nestabilní poruchy osobnosti jako kombinaci biologické zranitelnosti jedince (citlivý temperament, zvýšená pohotovost k emocím) a devalvačního prostředí (bagatelizace obtíží z blízkého okolí a podobně). Takové prostředí dále zvyšuje emoční prožitek a při dlouho-

dobém působení zvyšuje emoční dysregulaci. DBT chápe emočně nestabilní poruchu osobnosti jako pervazivní onemocnění, kdy v důsledku dysregulace emocí (výkyvy nálad, nepřiměřený vztek) dochází i k dysregulaci chování (sebepoškozování, suicidalita, impulzivita), dysregulaci mezilidských vztahů (snaha vyhnout se opuštění, intenzivní a nestabilní mezilidské vztahy), dysregulaci vnímání sebe sama (porucha identity, pocity prázdnoty) a dysregulaci kognice (disociativní epizody, pocity paranoidy, pseudo/halucinace).

Součástí DBT terapie je standardně skupinová terapie, individuální terapie, telefonický koučink a konzultační skupiny terapeutů. V případě adolescentů se přidává ještě edukace rodičů. Klíčovou součástí DBT je trénink dovedností ve skupině. Zde se pacienti učí dovednosti v oblastech, které jsou pro ně problematické: všímavost (mindfulness), tolerance nepříjemných emocí, regulace emocí, zlatá střední cesta a efektivita v mezilidských vztazích.

Vzhledem k prudkému nárůstu pacientů s problematikou emoční nestability jsme na Dětské psychiatrické klinice FN Motol implementovali prvky DBT i do našeho terapeutického programu. Bylo k tomu potřeba určitých úprav, neboť máme výhradně akutní příjmová oddělení a navíc trpíme v posledních třech letech téměř neustálou kritickou lůžkovou nedostatečností. V našich podmínkách prozatím program sestává výhradně z tréninku dovedností ve skupině a z konzultačního týmu terapeutů. Program je třítydenní a představujeme v něm základní principy a dovednosti DBT.

U tréninku dovedností bývají přítomni dva terapeuti a účastní se 8–12 pacientů. Cílem je naučit pacienty základní copingové mechanismy pro zvládání zátěžových situací, zvýšit jejich motivaci ke změně, předat základní terapeutické principy a dovednosti DBT pro pokračování v terapeutické práci i po dimisi. Během třítydenního programu pacienti absolvují deset hodinových sezení včetně orientačního a závěrečného sezení. Před zahájením DBT pacienta edukujeme o problematice emoční nestability, představujeme plán skupinových terapií, budujeme motivaci ke změně. Součástí DBT je i písemný souhlas pacienta s účastí v programu. Výhledově plánujeme zavést také informační setkání pro rodiče pacientů v DBT programu.

Zapojení rodiny v léčbě

Emoční nestabilita a z ní plynoucí poruchy vývoje osobnosti mají komplexní multifaktoriální příčinu. V rodinném prostředí se pak setkávají jak genetické, tak environmentální faktory zranitelnosti. Temperamentní a hůře zklidnitelné děti jsou mnohdy vychovávány dospělými, kteří jsou náchylnější k nevhodným výchovným praktikám a sami mohou mít potíže s regulací emocí a zvládáním sociálních situací (21). Studie zaměřující se na roli rodiny ve vývoji emočně nestabilní osobnostní patologie uvádí jako rizikový faktor nepřesně definované „maladaptivní rodičovství“ (22). Výzkum zaměřený na přenos patologie z matek s emoční nestabilní poruchou osobnosti na potomky kladl důraz na ambivalentní přístup rodiče k dítěti, oscilující mezi přehnanou ochranou a omezováním autonomie a hostilními postoji vůči dítěti. Mezi protektivními faktory uváděl bezpečnou vztahovou vazbu (23). Recentní studie adolescentů spojovala prvky emočně nestabilní poruchy osobnosti s vnímanými kontrolujícími, odmítavými, nebo chaotickými rodičovskými styly (24).

Zapojení práce s rodinou do léčby emočně nestabilních adolescentních i dospělých pacientů je tak intuitivním krokem. Jednou z možností je rodinná terapie vycházející ze systemických směrů (25), ale problémem pro praktickou aplikaci a výzkum je absence manualizované formy této terapie. Směry, které byly původně zaměřeny na terapii pacientů s emočně nestabilními rysy se o integraci práce s rodinou do svých postupů snaží také. Dialektická behaviorální terapie a terapie zaměřená na mentalizaci často pracují s pacienty ve skupině a zapojení rodiny tak může probíhat formou společných skupinových sezení, kterých se kromě pacientů účastní i rodinní příslušníci. Existují také programy zaměřené pouze na příbuzné. V těchto případech se rodinní příslušníci zdokonalují ve stejných dovednostech v jakých se zdokonalují sami pacienti (26). V programu založeném na DBT budou rodinní příslušníci navčovat techniky spojené se zvládáním emočních stavů, mindfulness a komunikací – včetně vyjadřování validace a požadavků na změnu. V terapii založené na mentalizaci se pak blíží v určité míře sami zdokonalují v mentalizaci. Z dostupných zdrojů se jeví, že zapojení do terapeutických programů obvykle rodinní příslušníci nevnímají jako zátěž navíc (27).

Farmakoterapie

Kauzální farmakoterapii emočně nestabilní osobnosti k dispozici nemáme (28), nicméně použití psychofarmak v léčbě je možné a v praxi se často vyskytuje. U adolescentů podobně jako u dospělých v případě poruchy osobnosti je indikováno využití psychofarmak v časově omezeném horizontu, se zaměřením na cílenou léčbu příznaků a komorbidit. Je však možné je použít k dlouhodobému ovlivnění některých osobnostních rysů (29). V dětské a dorostové psychiatrii používáme k ovlivnění výkyvů nálady směrem k depresivnímu prožívání zejména antidepresiva typu SSRI. V současné době jsou pro tento věk povoleny preparáty sertralin a fluoxetin a fluvoxamin, dobré zkušenosti však máme i s dalšími léky, např. citalopram, escitalopram, jejichž použití je však tzv. off-label. V některých případech, zejména tam, kde je emoční instabilita spojena s poruchami spánku, je možné využít mirtazapin nebo trazadon, u hlubší deprese pak venlafaxin, i tyto preparáty mimo skupiny SSRI nejsou povoleny pro dětský a dorostový věk. Kromě antidepresivní medikace jsou nezhledka používána neuroleptika s náladu stabilizujícím účinkem, především kvetiapin nebo aripiprazol. Použití thymostabilizérů není v dětském a adolescentním věkovém období časté.

Závěr

Adolescenti s rysy emoční nestability představují v současnosti nejrozsáhlejší skupinu, která plní psychiatrická pracoviště pro děti a adolescenty. Důvodem léčby jsou nejčastěji úzkostně depresivní potíže, spojené s autodestruktivními projevy jako je sebepoškozování nebo suicidální chování. Charakteristiky těchto pacientů, v převážné většině adolescentních dívek, zahrnují znaky, které jsou charakteristické pro emočně nestabilní – hraniční osobnostní organizaci – chronické pocity prázdnoty, úzkost z opuštění, nestabilní prožívání vlastní identity a interpersonálních vztahů, autodestruktivní chování. Často bývá přítomná genderová dysforie s pozdějším začátkem v době dospívání, objevují se „hlasy“ jako disociativní příznaky, případně tikové projevy, které dříve přítomny nebyly. Nezhledka bývá přítomna komorbidita s poruchami příjmu potravy. Dívky přichází v kontextu problematických vztahů, jako jsou rodinné konflikty, potíže v adaptaci mezi vrstevníky, komplikované sexuální zkušenosti. Sebepoškozování a suicidální

chování poškozuje vztahy k blízkým osobám, zejména rodičům, ale i ostatním pečujícím osobám, včetně zdravotnického personálu. Můžeme vidět spektrum mezi adolescentní krizí, disharmonickým vývojem osobnosti, ale i hraniční

poruchou osobnosti různé závažnosti, včetně výskytu psychotických příznaků, nejčastěji auditivních halucinací. V terapeutickém přístupu emočně nestabilních adolescentů je důležitá suportivní psychoterapie, založená na empa-

tickém a podpůrném přístupu, spolu s dalšími terapeutickými metodami, v současné době se prosazuje dialektická behaviorální terapie. Nezbytná je práce s rodinou, v indikovaných případech farmakoterapie.

LITERATURA

- Greenfield B, Henry M, Lis E, et al. Correlates, stability and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(4):397-406.
- Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*. 2018;18:351.
- Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, et al. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*. 2018;(9):199-210.
- Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M, et al. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Medical Journal of Australia*. 2007;187(7):S18-21.
- Gorton G, Akhtar S. The literature on personality disorders 1985–1988: trends, issues and controversies. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;(41):39-51.
- Kocourková J, Koutek J. Emočně nestabilní adolescenti a možnosti jejich ovlivnění. *Čes a Slov Psychiat*. 2022;118(2):81-84.
- Cavelti M, Thompson K, Chanen AM, et al. Psychotic symptoms in borderline personality disorder: developmental aspects. *Curr Opin Psychol*. 2021;37:26-31.
- Thompson KN, Cavelti M, Chanen AM. Psychotic symptoms in adolescents with borderline personality disorder features. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28(7):985-992.
- Belohradova Minarikova K, Prasko J, et al. Hallucinations and Other Psychotic Symptoms in Patients with Borderline Personality Disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2022;18:787-799.
- Niemantsverdriet MBA, Slotema CW, Blom JD, et al. Hallucinations in borderline personality disorder: prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *SciRep*. 2017;7:13920.
- DSM – 5 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Testcentrum, Praha 2015.
- Rozsivalová E. Sebeпоškození v dětství a dospívání. *Psychiatr. praxi*. 2016;17(1):22-24.
- Peterson J, Freedenthal S, Sheldon Ch, Andersen R. Non-suicidal Self Injury in Adolescent Psychiatry 2008; 5(11):20-26.
- Brent DA, et al. The treatment of adolescent suicide attempters study (TASA): Predictors of suicidal events in an open treatment trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48(10):987-996.
- Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
- Klein DA, Miller AL. Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin Am*. 2011;20:205-216.
- Quek J, Melvin GA, Bennett C, Gordon MS, Saedi N, Newman LK. Mentalization in adolescents with borderline personality disorder: a comparison with healthy controls. *J Pers Disord*. 2018;22:1-19.
- Fonagy P, Rossouw T, Sharp C, Bateman A, Allison L, Farrar C. Mentalization-based treatment for adolescents with borderline traits. In: C. Sharp and Tackett JL (Eds.). *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. New York: Springer; 2014.
- Holub D. Léčba založená na mentalizaci (MBT). *Psychoterapie*. 2021;15(1):53-68.
- Schlüter-Müller S, Goth K, Jung E, Schmeck K. Assessment and Treatment of Identity Pathology During Adolescence. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent psychiatry and Psychology*. 2015;3(1):63-70.
- Gunderson JG, Lyons-Ruth K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *J Pers Disord*. 2008 Feb;22(1):22-41. doi: 10.1521/pedi.2008.22.1.22.
- Steele KR, Townsend ML, Grenyer BFS. Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLoSOne*. 2019 Oct 1;14(10):e0223038.
- Eyden J, Winsper C, Wolke D, Broome MR, MacCallum F. A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 2016 Jul;47:85-105.
- Armour JA, Joussemet M, Mageau GA, Varin R. Perceived Parenting and Borderline Personality Features during Adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2023 Aug;54(4):927-938. doi: 10.1007/s10578-021-01295-3. Epub 2022 Jan 11. PMID: 35013846.
- Choi H, Aust NZ. Family systemic approaches for borderline personality disorder in acute adult mental health care settings. *J Fam Ther*. 2018;39:155–173.
- Guillén V, Díaz-García A, Mira A, et al. Interventions for Family Members and Carers of Patients with Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Fam Process*. 2021 Mar;60(1):134-144.
- Jørgensen MS, Storebø OJ, Poulsen S, Simonsen E. Burden and Treatment Satisfaction among Caregivers of Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Fam Process*. 2021 Sep;60(3):772-787.
- Kasal M. Současný pohled na doporučení ohledně farmakoterapie hraniční poruchy osobnosti. *Čes a Slov Psychiat*. 2021;117(3):144-29.
- Herman E. Farmakoterapie pacientů trpících emočně nestabilní poruchou osobnosti. *Psychiatr. praxi*. 2004;4:206-207.