

Emoční poruchy v dospívání

PhDr. Veronika Buchtová¹, MUDr. Anna Hrušková Kusnieriková²

¹Ambulance klinické psychologie Nemocnice Blansko

²Ambulance psychiatrie Nemocnice České Budějovice, a. s.

V psychiatrické praxi dochází k nárůstu počtu dospívajících pacientů s emočními poruchami. V textu uvažujeme o důvodech a o etiologii, vč. vlivu internetu a online světa na vývoj generace 21. století v kontextu nemalých nároků puberty v (post)covidovém období. Ve formě kazuistik je popsáno, že kromě reverzibilních přechodných psychických potíží koexistují i raritnější psychické nemoci s počátkem v dospívání, a to např. schizofrenie či psychotické epizody Aspergerova syndromu.

Klíčová slova: puberta, emoční poruchy v dospívání, covid-19, vývojová krize, schizofrenie, psychotická epizoda – Aspergerův syndrom.

Emotional disorders in adolescence

We actually registered increase of adolescent emotional disorders in psychiatric care. Here is reflection of possible reasons (etiology) such as impact of internet, go online, post covid era, liberal upbringing in context of demands of maturing that takes part on development of teens generation of 21. century.

We describe in practical cases that outside of reversible mental difficulties there is coexistence with rare mental diseases beginning in maturing such as schizophrenia or psychotic episodes of Asperger syndrom.

Key words: pubescence, emotional disorders in adolescence, covid-19, developmental crisis, schizophrenia, psychotic episode – Asperger syndrom.

Úvod – nároky dospívání ve 21. století

V současnosti dochází v psychologické zdravotní péči k nárůstu počtu dospívajících s emočními poruchami (1), zvláště pak teenagerů s úzkostnými stavy vázanými specificky na sociální situace. Soudobým dospívajícím častěji totiž chybí sociální dovednosti.

Ve srovnání s 90. lety minulého století dochází ve společnosti k oslabení vztahu k autoritám, rozvolnění chování dle nepsaných norem, upřednostnění uskučkovat slast bez odkladu. Vlivem měnící se společnosti („internetová generace“), výchovy 21. století (preferující liberální styl za nižší účasti pevného a předvídatelného rodičovského postoje) dochází u adolescentů k předčasné autonomii, na kterou nejsou osobnostně vyspělí.

Setkáváme se s tím, že prudké nároky na citový rozvoj dospívajících vedou k častější psychické destabilizaci, protože jejich kognitivní flexibilita je

nedostatečná. Mnozí dospívající poznávají svět bez plného rozvoje formálních mentálních operací. Neumí řešit problémy alternativními způsoby, neodkládají uspokojení, nedomyšlí důsledky situací, mají potíže uvažovat hypoteticky a směrem do budoucnosti. Jejich sebeobraz je fragilnější, s nízkou osobní a sociální jistotou, se známkami emoční subdeprivace. Jejich chování podléhá negativnějšímu a křehčímu sebeobrazu, reagují vztahovačtěji, používají ve stresu hojně mentální obrany (utíkají před nároky života do disociace, nemoci), reagují nepředvídatelně (vč. suicidálních aktivit). Přehled charakteristik pubertálního vývoje v současné době uvádí Tabulka 1.

Klinické obrazy dospívajících v psychologické praxi

V průběhu dospívání adolescenti prochází velmi složitými somato-psychickými změnami. Jedná se o vývojové období s vysokým rizi-

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. 2024;25(1):43-46

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.006>

Článek přijat redakcí: 26. 2. 2024

Článek přijat k tisku: 6. 3. 2024

PhDr. Veronika Buchtová

poradenstvi-buchtova@seznam.cz

kem náhlých krizí, vč. vyššího rizika suicidálních pokusů. V klinické praxi jsme v současnosti zaznamenali nárůst požadavků na psychologická vyšetření dospívajících.

Přechod z dospívání do dospělosti klade v dnešní době na dospívající vysoké nároky, např.:

1. zrychlené sexuální dozrávání (disproporce mezi biologickým a mentálním věkem),
2. nižší osobní a sociální dovednosti v důsledku liberální výchovy,
3. absenci přirozeného sociálního tréninku v důsledku vyrůstání dospívajících v izolaci (2020–2021) v době protiepidemických opatření celosvětové pandemie covidu-19,
4. společenskou akceptaci „online života“.

Vývoj ega teenagerů dnešní doby může být ovlivněn nadměrným trávením volného času u videí influencerů a „hýčkávkám“ bipolárním (správně–špatné, zlý–hodný) přístupem rodičů. Výsledkem je přecitlivělé a předčasně zralé, na standardech nezávislé ego adolescenta.

Adolescenti bývají nesoustředění, mají nízkou frustrační toleranci (častěji se hroutí, vzdorují, chtějí individuální výjimky ve vzdělávání), mají potíže se seberegulací a řízením činností (chybí jim zájem a výdrž výkonu), nemají strategie pozitivního sebekonceptu (jsou přecitlivělí), odvracejí zájem o vnější svět směrem k sobě, mají snížené dovednosti v navazování spolupráci ve vztazích (Bekkerová, 1993) (2). Někteří vykazují stresové, somatoformní a disociativní symptomy, zvláště při nárocích na výkon a zařazení do skupiny. Záměrně se sebeпоškozuji různými předměty. Motivace rizikového jednání je různá, často z důvodu sklíčené nálady jako afektivně regulační maladaptivní strategie (3) nebo jako projev disharmonické osobnosti (hraničních rysů). Jsou přetíženi svými emocemi zvláště proto, že o nich neumí komunikovat, úlevu jim přináší namísto emoční ventilace sebepoškození, užívání návykových látek, adrenalinové aktivity.

Obtížně definují své cíle („možné já“) (4) a zaměření (identitu). Namísto „vnitřního já“ věnují příliš mnoho času vnější sebe prezentaci (zkrášlují se vět-

ším množstvím make-upu, nehtovou a estetickou „beautifikací“, samo-tetáží (5), o to víc, čím sami sebou opovrhují nebo nevědomě zakrývají svá traumata. Častěji jsou zmateni svou rolí (difúzní identita). Mají nízkou sebedůvěru a sebevládu, dožívají od rodičů a společnosti více autonomie za cenu deprese (6). Normalizují závislostní chování látkové i nelátkové. Setkáváme se s novějšími trendy jako závislost na elektrických cigaretách, nomofobie (závislost na mobilním telefonu), netolismus (závislost na virtuálních drogách) – Internet Addiction Disorder, Facebook Addiction Disorder (7).

Model „dostatečně dobrého“ rodiče (dle Donalda W. Winnicotta)

Dospívající člověk je velmi náročný na požadavky rodičů. Jeho prosperování je mj. určeno dobrým porozuměním vlohám vlastního dítěte a schopnostmi rodičů funkčně a flexibilně vytvořit vhodné podmínky pro celkový vývoj v období 13–17 (až 20) let.

Dorostenec prochází tělesnými změnami, které ovlivňují mimovolně intenzitu a trvání emočních reakcí. Rodič je modelem psychického zvládání a regulace emocí. Aby adolescent obstál, předpokládá to u vychovatele vyšší emoční stabilitu a vyzrálost, vč. dovednosti kontejnovat (termín psychoanalytika Wilfreda Biona), resp. „ustát“ emočně i kognitivně emoce bez odplaty, bez nadměrného směřování hněvu a bez ignorace emocí, a to poskytnutím dospělejšího řešení situace.

Jedinec v pubertě je sice pohlavně vyspělý, ale ne emočně. Většina rodičů zapomíná na porozumění a informování potomků o dětské sexualitě, především na fakt, že většinou nejsou na sexuální život psychicky připravené. A bývají předčasným sexuálním životem (před dovršením jistější identity) traumatizované a zranitelné.

Lze se setkat spíše s výchovnou tendencí delegovat rozhodování rodičů na děti („předčasná svoboda“) zvláště tam, kde si rodič není jistý vlastním rozhodnutím.

Puberta je období zvratů a konfliktů, rodič by měl připustit, že se se svým dítětem v tomto období spíše neshodne ve srovnání s jinými obdobími. Vyhybat se hádkám nebo přílišně prosazovat jen svou vůli na pubertákovi je nežádoucí.

Pro správný vývoj je důležité pomoci dítěti najít jeho silné a slabé stránky (identitu), rodič by se měl pokusit akceptovat své dítě s jeho limity a vlastními silnými stránkami obvykle lišícími se od těch, co vlastní např. jeden z rodičů (vytvořit pozitivní sebeпоjetí) (8).

Komplikací je, pokud rodič patologizuje běžné projevy instability a dítě se tak stává „obětí“ lékařské diagnózy. Lepším řešením by bylo, pokud by se mohl dospívající spolehnout, že je rodič k dispozici a přichází s řešením před tím, než vyhledá zdravotníka („model kompetence“ namísto „role uživatele antidepresiv/psychiatrického pacienta“). Některé děti jsou zbytečně psychiatrizovány. Bohužel se dost často psychiatrizují samy a tlačí na lékaře, aby jim jejich samodiagnózu, většinou nastudovanou na internetu, potvrdil. Role nemocného má jen krátkodobý benefit, končí sociálním selháváním, vyloučením z kolektivu, někdy i invaliditou. Dítě nerozvine svůj potenciál, ztrácí autonomii, je závislé na rodičích a společnosti.

Vysoká míra rodiči poskytované autonomie v názoru dospívajícím znemožňuje sdílení ve vztazích. V důsledku toho postrádají vzájemnost, kterou ale vývojově potřebují. Rodič může projevit účast o postoje a zájmy dospívajícího s respektem, přestože s názory nemusí souhlasit. Přehled vývojových úkolů a praktických návodů pro rodiče uvádí Tabulka 2.

Tab. 2. Vývojové úkoly a návody pro „dobrého“ rodiče

Vývojový úkol	„Dostatečně dobrý rodič“ – coping
1. Zvládání intenzivních emočních reakcí	1. Rodič afekt neignoruje a nepotlačuje.
2. Předčasná sexualita	2. Rodič je proaktivní a rovnocenný rádce.
3. Konfliktní reakce	3. Hádkám se nevyhýbá, neposiluje je.
4. Identita	4. Podtrhává silné stránky, nahlíží a respektuje slabé.
5. Normální projevy puberty	5. Rodič v roli „kompetence“.
6. Vzájemnost ve vztazích	6. Ukazuje proaktivně vzájemnost a sdílení.

Tab. 1. Pubertální vývoj v současnosti

Citový vývoj	Kognitivní vývoj	Vývoj self, chování
Emoční labilita, snížená seberegulace, intenzivní prožitky subdeprivace a hněvu, častější psychické destabilizace.	Snížený rozvoj formálních operací a inhibice volných dovedností, snížený vhled do důsledků, nízká dovednost hypotetizovat.	Fragilní self. Potíže s hledáním identity a intimity, nezralá vztahovačnost. Sociální izolace a zvýšená závislost na rodičích. Absence volných dovedností, nepředvídatelnost jednání.

Diagnostika psychických poruch v dospívání

Úspěšná detekce poruch je výslednicí **diagnostického procesu** založeného na:

1. anamnéze (znalosti vývoje dítěte od útlého věku),
2. dlouhodobého sledování symptomů,
3. interpretaci dat v kontextu mezioborové spolupráce (psychologa s psychiatrem, rodinou, příp. školským zařízením).

Na kazuistikách třech různých dospívajících objasňujeme, že i přes nárůst pacientů v přechodných a reverzibilních duševních stavech (vývojová krize), jsou mezi nimi děti v počátečních (prodromálních) stavech psychiatrických poruch s časným začátkem (přetrvávajících do dospělosti) jako schizofrenie a nezachycené neuropsychiatrické poruchy z dětství (psychotická dekompenzace Aspergerova syndromu v dospívání), či osobnostní poruchy.

I. Vývojová krize

Nikola, 15 let, výkyvy nálad (depresivní přerušovaná reaktivita) od zahájení puberty. Do PA přichází po spolykání léků bez suicidální motivace po odmítnutí kamarádkou na sociální síti. Povaha neurotická, coping sociálně-maladaptivní, vyžaduje souhlas ostatních, jinak pocity insuficience, kontakt s realitou nezralý, s nereálnými představami o druhých, zvýšeně ostražitá ve vztazích s ostatními, přesvědčení egocentrické, snadná plačtivost a sociální stažení při nárocích na samostatnost nebo konfrontaci. Neúčinně vzdorovitá (negativistická) co se týče přijetí pomoci. Stylizuje se do satanismu. Prožívání paranoidní „ostatní mě sledují“, taktilní vjemy, s náhledem na nereálnost.

Psychologické vyšetření:

Diferenciální diagnostika deprese, neurotická dekompenzace, paranoidní prožívání.

SPP: V soc. kontaktu snadné podráždění, nesoustředěnost, tenznost.

Rorschach: vysoký index psychotismu PTI = 5; zvýšený výskyt vágních a anatomických obsahů.

WISC3: CIQ = 93, VIQ = 81, PIQ = 108; SP = 84, PU = 107, KO = 90, RZ = 109. Nepohotovost, v rutinní funkčnost zachována, v zátěži nevyrovnanost výkonu, nepoužije volní strategie.

Závěr: Dívka, aktuálně destabilizovaná, hodnotí realitu paranoidně. Vysvětlují jako osobnost se sníženou adaptační kapacitou v zátěži. Přetížená

nároky dospívání (obtíže s individuací – nedaří se jí opouštět roli „hodné holky“). Chová se přecitlivěle, vztahovačně, sociálně se vyhýbá. Krátkodobě na medikaci kvetiapiinem, který upravil spánek. Zařazena v individuální systematické terapii s cílem posílení zvládacích postojů a integrace osobnosti. Přehled popisu vývojové krize uvádí Tabulka 3.

II. Prodromální stav schizofrenie v dospívání

Marek, 19 let, povaha společenská, bázlivá, školsky snaživý. Při ukončování ZŠ (14 let) postupné snižování kognitivní výkonnosti, postupná změna v chování – znučenost, apatie, vyhledávání samoty. Zahájil maturitní obor selháním, nastoupil na učební obor na přání matky. Potíže u základních volných činností a sebeorganizace. Začal psychiatrickou docházku s diagnózou sociální fobie.

Psychologické vyšetření:

SPP: interakce jen na cílený dotaz, afektivita otupělá, negativní příznaky, náhled na neuspokojivou pozvolnou změnu stavu, „Víš, jak odpovědět, neřekne to, řekne to někdo jiný.“

MMPI: Sc = 102, BI1 = 78, BI2 = 77, PSYC = 86 – zvýšená klinická škála schizofrenie, akutní psychotické symptomy, potíže s konativní regulací a pocity mentální tuposti. Sekundární deprese a sociální nepohoda. Při doptání položek sytících schizofrenii – přízná neostré, ne plně vyjádřené sluchové halucinace „diskutování o něm, nahlas, cizími osobami, venku se na něj někdo dívá z okna, slyšívá kroky.“

Rorschach: R = 15, F = 14, W = 6, CDI = 4, EA = 0, Zd = -3,5. Simplexnost úsudku. Neproduktivita.

WAIS 3: CIQ = 82, PIQ = 91, VIQ = 80; IPU = 86, IVP = 81, IPP = 88, IIRZ = 85. Globální kognitivní deficit vzhledem k premorbidnímu stavu.

Odeslán k diferenciálně-diagnostickému pobytu s cílem nastavení medikace. Vývoj stavu chlapce je setrvale a dlouhodobě neuspokojivý, přetrvává u něj mírná perzekuční a paranoidní symptomatika. Kognitivní potenciál chlapce je setrvale změněný a dysfunkční, kontakt setrvale emočně oploštělý. Přehled popisu prodromálního stavu schizofrenie uvádí Tabulka 4.

III. Dekompenzace poruchy autistického spektra v dospívání

Zita, 14 let, od dětského věku „sociálně jiná“, preferuje stereotypně specifické zájmy před vztahy s ostatními (vč. rodiny). Obvykle nezahajuje a nepokračuje v sociálních interakcích. V pubertě začala navazovat vztahy, ale neobratně a bizarně. Má individuální školní plán, i ve škole má své zvyklosti, o kterých učitelé od maminky ví. Od druhého stupně ZŠ je vrstevníkem k smíchu. Poslední dobou obětí výsměchu. Přestala vycházet zcela z domu, přikrčuje se na balkóně, sleduje, zdali nejsou její spolužáci před domem.

Psychologické vyšetření: SPP: absence sociální reciprocity.

Rorschach: pozitivní index psychotismu, porucha myšlení a porucha kontaktu s realitou. Myšlenková logika bez zohlednění sociálního kontextu (magické obsahy, verbální projev vyplněn neplodnými a bezvýznamnými obsahy, nelogickými slovními kombinacemi).

WAIS 3: CIQ = 96, VIQ = 94, PIQ = 100, SP = 95, PU = 102, KO = 100, RZ = 90. Kognitivní výkon v normě. Řečový vývoj v normě. CARS dotazník: s potvrzením autistických příznaků. Vzhledem k vysokofunkčnosti poruchy, průměrnému IQ a toleranci rodiny zachycen a potvrzen Aspergerův syndrom v dospívání při dekompenzaci a na zá-

Tab. 3. Vývojová krize

Vývojová krize
Psychická destabilizace: přechodná, v souvislosti s dospíváním. DIAGNOSTIKA: Testy: vyloučení kognitivního deficitu, dynamika ROR protokolu: neurotická, snadná unavitelnost, nevykonnost, anatomické obsahy (susp. na vegetativní obtíže). LÉČBA: Indikace systematické psychoterapie, režimová opatření týkající se stresu, vyhledání KC nebo psychiatra v krizových situacích.

Tab. 4. Prodromální stav schizofrenie

Prodromální stav schizofrenie (v dospívání)
Plíživý celkový úpadek osobnosti (postupné zhoršování kognitivní flexibility a výkonu). Podivnost v chování – především úpadek vůle, sociální deprivace. Chybí jasné vyjádření psychotických symptomů. DIAGNOSTIKA: Testy: Globální kognitivní deficit, exekutivní dysfunkce, dynamika ROR protokolu: simplexní, neproduktivní úsudek, celkový úpadek vzhledem k premorbidnímu stavu. LÉČBA: Kooperace s psychiatrií. Diferenciálně diagnostický pobyt. Dlouhodobé sledování stavu. Přijetí diagnózy a neuspokojivé prognózy stavu (invalidizace mladého člověka). Práce s rodinou.

kladě podrobného anamnestického rozhovoru. Přehled popisu dekompenzace AS uvádí tabulka 5.

Závěr

Etiopatogeneze psychických potíží v dospívání je různorodá. Správnost závěrů podléhá složitému diagnostickému procesu. Dětský psycholog se zabývá tím, zdali klinický obraz chování koresponduje s vývojovým obdobím dospívajícího, příp. jaká složka vývoje stagnuje, chybí nebo akceleroje. Potíže sleduje dlouhodobě (nakolik vymizí, přetrvávají). V diferenciální diagnostice používá standardizované psychologické nástroje a spoluprací s rodinou, školou, specialisty. Úspěšná diagnóza i léčba stojí na **obousměrné profesionální komunikaci specialistů** (psychologa a lékaře) **v subakutní, akutní a následné péči.**

Dětský psychiatr často supluje dětského psychoterapeuta. Přichází za ním děti (a celá rodina) již s dlouhodobými psychickými starost-

Tab. 5. Dekompenzace Aspergerova syndromu

Dekompenzace AS v dospívání
Neurovývojová porucha – závažný deficit pozorovatelný ve vývoji. Pozitivní anamnéza: Výrazné rysy osobnosti „sociální dyspraxie“ od raného věku, abnormní sociální vývoj. Nerozumí společenským pravidlům, emočním signálům, humoru. Kvalitativní narušení sociální interakce od dětství. Ulpívavé, nefunkční zájmy, rituály. Snížená schopnost zvládnutí hněvu. Dyspraxie – může být. Řeč plynulá, s kvalitativními abnormalitami (šroubovitá, mechanická, formální, kopírující výrazy dospělých). Intelekt, sebeobsluha: v normě. Psychotická epizoda při nárocích na sociální adaptaci v dospívání. DIAGNOSTIKA: Strukturovaný model observace sociální interakce ADOS, příp. doplnit dotazníkem ADI-R. Screening: M DACH, CARS. Léčba: Stabilizace stavu v samotářství. Behaviorální techniky učení se žádoucím reakcím v sociálním kontextu. Práce na rozvoji emočního prožívání.

mi v pokročilém (až zanedbaném) stadiu potíží. V tom čase nezbyvá než řešit problém radikálně psychofarmaky anebo dítě dokonce hospitalizovat. Přitom vhodným řešením by bylo stavu preventivně předcházet (např. osvětou mezi laickou veřejností). Vést rodiče i děti k tomu, aby věnovali pozornost svému duševnímu životu a nebáli se vyhledat včas odbornou pomoc, když se objeví

i lehčí problém. Měli by mít možnost přijít se zeptat a konzultovat své pochybnosti a nejistoty s odborníkem včas, nebagatelizovat potíže a nekonečně odsouvat či dokonce popírat existující problém. K dnešnímu stavu přispívá vedle nedostatku dětských terapeutů, malé osvěty a podceňování prevence i přetrvávající stigmatizace psychických potíží.

LITERATURA

1. Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. TIGIS, spol.s.r.o. 2002.
2. Blatný M. Sebepojetí z pohledu sociálně-kognitivní psychologie. 2020.
3. Paroubková A. Sebepoškozování v životě dospívajícího. Masarykova univerzita. 2019.
4. Axmannová J. Životní cíle adolescentů. Bakalářská práce. Brno. 2009.
5. Tomanová P. Historie a současnost tetování a piercingu. Bakalářská práce. Olomouc. 2017.
6. Švancara J. Vývojová psychologie. Ústřední knihovna Filozofické fakulty. 1983.
7. Hrdinová B. Netolismus a jeho projevy u mládeže. Diplomová práce. Hradec Králové. 2022.
8. Erikson EH. Osm věků člověka. Praha: Propsy. 1995.