

EMOČNĚ NESTABILNÍ ADOLESCENTI A MOŽNOSTI JEJICH OVLIVNĚNÍ

kazuistika

Jana Kocourková
Jiří Koutek

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

Kontaktní adresa:

doc. PhDr. Jana Kocourková
Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK
a FN Motol
V Úvalu 84
150 00 Praha 5
e-mail:
jana.kocourkova@lfmotol.cuni.cz

Článek vznikl v rámci programu UK
Progres č. Q15 s názvem „Životní
dráhy, životní styly a kvalita života
z pohledu individuální adaptace
a vztahu aktérů a institucí“, byl pod-
pořen projektem MZ ČR koncepč-
ního rozvoje výzkumné organizace
00064203 (Fakultní nemocnice
v Motole).

SOUHRN

Kocourková J, Koutek J. Emočně nestabilní adolescenti a možnosti jejich ovlivnění

Autoři prezentují svoje zkušenosti s emočně nestabilními adolescentními pacienty, s projevy sebepoškozování a suicidálního chování, případně dalšími psychopatologickými symptomy. Diskutují otázky osobnostního vývoje v adolescenci, rizikové okolnosti, které projevy emoční nestability zhoršují, a zabývají se možnostmi terapeutického ovlivnění.

Klíčová slova: emoční nestabilita v adolescenci, diagnostika, terapie.

SUMMARY

Kocourková J, Koutek J. Emotionally instabile adolescents and possibilities of their influence

The authors present their experiences with emotionally instable adolescent patients, with signs harm and suicidal behavior, possibly with other psychopathological symptoms. They discuss the issues of development in adolescence, risk circumstances that intensify the manifestations of emotional instability and discuss the possibilities of therapeutic influence.

Key words: emotional instability in adolescence, diagnostics, therapy.

ÚVOD

Adolescence představuje specifické vývojové období, které přináší řadu změn, zejména v oblasti vlastní identity, studijní kompetence a zájmové orientace, vztahů s druhými lidmi – rodiči, vrstevníky, romantickými partnery. Výkyvy v psychosociální adaptaci bývají přisuzovány adolescenci i tehdy, kdy by již bylo vhodnější připustit, že jde o poruchový stav osobnostního vývoje ve smyslu specifické osobnostní poruchy. Hraniční porucha osobnosti obecně představuje široce diskutovaný pojem, počínaje deskriptivním vymezením znaků chování až po sofistikované psychodynamické analýzy. Oba va použít tuto diagnózu 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 přístup k diagnóze poruchy osobnosti umožňuje vidět spektrum poruchy a rozlišit její závažnost. Dle ICD-11 jsou poruchy osobnosti pouze „relativně“ stabilní a mohou se v době mladé dospělosti změnit.² Charakteristickými projevy v adolescenci jsou výkyvy nálady, afektivní nestabilita, impulzivita, sebepoškozování a suicidální chování, užívání návykových látek, poruchy příjmu potravy, závislost na sociálních sítích. Vnější zatěžující sociální okolnosti mají negativní vliv na emoční prožívání adolescentů, v závislosti na specifické povahové struktuře³ a charakteru blízkých vztahů.

VÝSKYT

Uvádí se, že prevalence hraniční poruchy osobnosti v celkové populaci adolescentů dosahuje 3 %.⁴ U adolescentů v ambulantní psychiatrické péči je výskyt emočně nestabilní poruchy osobnosti kolem 11 %, zatímco u psychiatricky hospitalizovaných adolescentů až 40 %. Údaje jsou závislé na charakteru klinické populace, například u suicidálních adolescentů přicházejících na pohotovost je výskyt poruchy osobnosti až 78 %.⁵ Z hlediska pohlaví převažují dívky (až tři čtvrtiny pacientů).

DIAGNOSTICKÉ ASPEKTY

Kontraverze mezi kategoriální a dimenzionální taxonomií při posuzování poruch osobnosti není novým tématem.⁶ Kategoriální taxonomie ostře vymezuje hranice mezi normalitou (není přítomna žádná porucha) a abnormalitou (porucha je přítomna). Oproti tomu dimenzionální taxonomie se zaměřuje na kvantitativní závažnost v posuzování různých osobnostních dimenzí, jako je self-koncept, interpersonální vztahy nebo kognitivní styl. V dětském a adolescentním věku je situace složitější tím, že posuzování normality a abnormality musí být vztaženo k vývojovým stadiím. Zároveň je třeba zabránit nadužívání diagnózy poruchy osobnosti a zhodnotit její závažnost: nakolik jde o přetrvávající rysy povahy a specifické chování, které ztěžuje adaptaci v různých prostředích (rodinném, školním, vrstevnickém), jaké jsou vztahy posuzovaného, jeho self-koncept a identita a jaká je doba trvání, po kterou tyto projevy pozorujeme.

KLINICKÉ CHARAKTERISTIKY

Delší dobu trvající následující obtíže:

- úzkost z opuštění,
- nestabilní interpersonální vztahy,
- poruchy ve vývoji identity,
- impulzivita,
- suicidální chování a sebepoškození,
- afektivní nestabilita,
- chronické pocity prázdnoty,
- nepřiměřený intenzivní hněv,
- paranoidní myšlenky související se stresem.

CO PŘIVÁDÍ EMOČNĚ NESTABILNÍ ADOLESCENTY DO PSYCHIATRICKÉ PÉČE?

Do psychiatrické péče přivádí tyto adolescentní pacienti adaptační selhávání, jak z hlediska jejich osobnostního vývoje a rozvratu vztahů zejména v rodinném prostředí, tak i úzkostné a depresivní potíže. Častá a vyhrocená symptomatika sebepoškození a suicidálního chování znepokojuje jak rodiče, tak i další dospělé, kteří se o tyto adolescenty starají, nebo za ně přebírají odpovědnost (učitelé,

vychovatelé, zdravotničtí pracovníci). Suicidální riziko je obtížnější vyhodnotit, zejména setkává-li se psychiatr s pacientem v krizové situaci a konfliktech s blízkými osobami. Suicidální chování u adolescentů představuje indikaci pro hospitalizaci, i když může vykazovat manipulativní charakteristiky. V krátkém diagnostickém kontaktu není vždy snadné odlišit suicidální motivaci od nesuicidálního sebepoškození, zejména když jde o intoxikaci psychofarmaky. Samotné nesuicidální sebepoškození může mít různý stupeň závažnosti, až do míry, která též vyžaduje psychiatrickou hospitalizaci, zejména když jde o jedince s nestabilním emočním prožíváním a slabou sebekontrolou.

Pro rozvoj autodestruktivního chování, zahrnující suicidální projevy i sebepoškození, jsou v adolescenci často spouštějícím faktorem problémy ve vztazích, s rodiči, vrstevníky, romantickými partnery. Suicidální chování i sebepoškození může mít různou závažnost, není však vhodné je bagatelizovat a interpretovat pouze jako snahu získat pozornost, manipulovat apod. Motivy suicidálního chování a nesuicidálního sebepoškození se překrývají, suicidální chování bývá spojeno s významnější depresí, ale též, podobně jako u adolescentů, kteří se sebepoškozují, hraje důležitou úlohu precipitující zraňující události (nejčastěji ztráta významné vazby, narcistické zranění), jež nelze vyřešit adaptivním způsobem a které specificky stimulují rozvoj pocitů bezmoci, lítosti, vzteku, křivdy a přání pomstít se. Příčiny sebepoškozujícího chování bývají také dávány do souvislosti s dětskými traumaty, která vedla k problematickému vztahu k vlastnímu tělu a obracení agrese vůči sobě. Vznik a průběh aktu typického sebepoškození (nesuicidálního pořezání se) bývá provázen různými fantaziemi, spojenými se sebestrestáním, únikem z pocitů prázdnoty, fantazie mohou mít i sexualizovaný charakter.

Vzorec nesuicidálního sebepoškození má tendenci se opakovat podobně jako jiné návykové projevy.

TERAPIE

Terapie probíhá buď v ambulantním uspořádání, nebo ve stacionáři, případně v nemocnici. Léčba za hospitalizace by měla být u adolescentů indikovaná v případech závažné dekompenzace osobnostní struktury, při výskytu suicidálního chování a závažného sebepoškození, v případě závažných komorbidit (například návykové poruchy, těžká deprese, poruchy příjmu potravy, závislost na sociálních sítích, posttraumatické příznaky, problémy pohlavní identity).

V přístupu k adolescentním emočně nestabilním pacientům je třeba respektovat to, že k léčbě nestačí pouze implementace specifických terapeutických postupů, ale většina těchto pacientů vyžaduje širší vedení a týmovou spolupráci pečujících osob. Dále je třeba, aby v terapeutickém procesu byli zahrnuti rodiče adolescenta.⁷ Tento přístup je důležitý zejména za okolností, kdy vnější realita (například konflikty v rodinném prostředí, specifická výkonová zátěž ve škole, problémy ve vrstevnické skupině) ovlivňuje duševní stav adolescenta a zesiluje projev emoční nestability.

V rámci psychoterapie je základní „first-line“ modalitou **supportivní psychoterapie**,⁸ která je založena na

empatickém přístupu, zaměření na vztahové problémy, zlepšení sebehodnocení. Jde o základní mentální stabilizaci pacienta a nastavení další terapeutické spolupráce, zejména v ambulantním uspořádání. Podobný přístup je třeba zaujmout i k rodičům pacienta. Zátěží pro profesionály, kteří přicházejí s emočně nestabilním adolescentem do prvního kontaktu, je zejména konfrontace s autodestruktivním chováním, ať již jde o suicidální výroky, nebo o nesuicidální poškozování.

Řada psychoterapeutických přístupů užívaných pro léčbu emočně nestabilních adolescentů byla původně vytvořena pro práci s dospělými hraničními pacienty a modifikována pro terapii adolescentů. Příkladem jsou následující terapeutické modely:

Terapie založená na mentalizaci (Mentalization-based therapy) je terapie zaměřená na zlepšení mentalizační funkce (kapacity porozumět a predikovat duševní stavy a chování u sebe sama i druhých osob). Adolescenti s hraniční osobnostní problematikou mají nižší mentalizační kapacitu než vyrovnanější jedinci.⁹ Tento model zároveň obsahuje sezení s rodiči. Tato terapie vykazuje účinnost zejména v oblasti sebepoškozování a deprese.¹⁰

Dialektická behaviorální terapie (Dialectical behavior therapy)^{11,12} je adaptovaná pro použití v adolescentním věku. Jde o syntézu behaviorální terapie s orientací na zenovou filozofii, se zaměřením na emoční dysregulaci, nízkou toleranci ke stresu a interpersonální obtíže. Je dobře použitelná u adolescentů s nesuicidálním sebepoškozováním i suicidálním chováním.¹³

Psychoterapie zaměřená na přenos (Transference focused therapy)¹⁴ je strukturovaná psychoanalytická terapie, která byla vyvinuta Otto F. Kernbergem pro léčbu závažných hraničních a narcistických poruch osobnosti. Je adaptovaná pro adolescentní věk, individuální sezení probíhají nejméně jednou týdně a jsou zaměřena na propracování přenosu. Cílem je zlepšení v oblasti regulace emocí (včetně autodestruktivního chování) a zlepšení v oblasti interpersonálních vztahů.

Terapie zaměřená na léčbu problémů identity adolescentů (Adolescent Identity Treatment).¹⁵ 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. Snaží se pomoci ke konsolidaci adolescentní identity a zahrnuje například edukativní postupy, behaviorálně orientované domácí plány či podpůrnou práci s rodinou.

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

- vytvoření stabilního terapeutického rámce,
- aktivní terapeutický postoj,
- kontejnování negativních emocí pacienta,
- propracování vztahu mezi jeho pocity a chováním, zejména v oblasti autodestruktivních projevů,
- pevné hranice terapeutického uspořádání,
- orientace na problémy „tady a teď“,
- monitorování protipřenosu,
- terapeutickou práci s rodiči.

Farmakoterapie je vzhledem ke komplexnosti problematiky součástí terapeutického plánu. U adolescentů

podobně jako u dospělých v případě poruchy osobnosti je indikováno využití psychofarmak v časově omezeném horizontu, zejména se zaměřením na cílenou léčbu příznaků a komorbidit.¹⁶

KAZUISTICKÁ UKÁZKA I

15 let a 4 měsíce stará dívka byla akutně přijata na Dětskou psychiatrickou kliniku FN Motol pro sebevražedné myšlenky a tendence. Byla přivezena na centrální příjem nemocnice RZS poté, co se rozloučila na sociálních sítích se svými kamarády, svěřila se jim s plánem skočit pod vlak. Ti upozornili rodiče a následně došlo k hospitalizaci. Dívka vyrůstá s matkou a jejím přítelem, má mladší polo-roudou sestru, se kterou má komplikovaný vztah. V rodině se cítí znevýhodňovaná oproti sestře. S vlastním otcem se téměř nestýká, jejich vztah je konfliktní, vyčítá mu, že opustil rodinu. Rodiče se rozvedli, když bylo dívce 10 let. Její matka je ambulantně léčena pro anxiózně depresivní stavy antidepresivy. Vývoj pacientky byl neproblematický až do rozvodu rodičů, který snášela velmi těžce, rozvinula se u ní depresivní symptomatika s psychosomatickými obtížemi, bolestmi hlavy a břicha. Tyto obtíže po čase odezněly bez péče. Ve 12 letech se dívka začala sebepoškozovat, pořezávat se žiletkou. Poradila jí to kamarádka, které se svěřila se svými rodinnými problémy. Sebeškozování se jí dařilo delší dobu skrývat. Začaly se u ní projevovat výrazné výkyvy nálady, emoční nestabilita; emočními výbuchy a pláčem reagovala i na menší zátěž. Postupně se u ní rozvinuly sebevražedné tendence, při přijetí na kliniku se svěřila, že opakovaně požíla větší množství medikamentů v suicidálním úmyslu, nikdo však toto sebevražedné chování nezaregistroval. Ve škole došlo k postupnému zhoršení prospěchu, též se u ní projevovaly poruchy chování. Po přijetí na kliniku byla zapojena do režimu oddělení, probíhala u ní individuální a skupinová psychoterapie, muzikoterapie a arteterapie. Součástí léčby byla rodinná terapie. Jako medikamentózní léčba byla nasazena terapie sertralinem a kvetiapiinem. Postupně se zlepšila nálada, zmírnilo se sebeškozování, vymizely suicidální ideace. Jde o případ nevyváženého vývoje osobnosti s rysy emoční nestability, obtíže se vyvinuly postupně během několika let. Problematický osobnostní vývoj souvisí s nestabilní rodinnou situací, podílelo se na něm i dlouhodobé sebeškozování. Na klinice byla hospitalizovaná 6 týdnů, následovala ambulantní psychoterapie.

KAZUISTICKÁ UKÁZKA II

16 let a 6 měsíců starý chlapec byl akutně přijat pro výrazné emoční výkyvy spojené s agresivním chováním, obtíže jsou vázány na rodinné prostředí. Vyrůstá v úplné rodině, vztah mezi rodiči je však dlouhodobě konfliktní, ze strany otce, který nadměrně požívá alkohol, dochází i k fyzickému násilí vůči matce. V rodině vyrůstá mladší 14letá sestra, která trpí úzkostnou symptomatikou. Chlapec se v rodinných konfliktech staví na stranu matky. V anamnéze je uvedeno, že se vždy hůře adaptoval v kolektivním zařízení, ve škole měl problémy v chování. Měl i sníženou

známku z chování. Bylo vysloveno podezření na hyperkinetickou poruchu pozornosti, léčen však pro ni nebyl. Po absolvování základní školy nastoupil do učebního oboru kuchař-číšník, ten zvládá s obtížemi, s podprůměrným prospěchem, ale v učilišti je chování neproblematické. Asi dva roky se chlapec sebepoškozuje, řezáním žiletkou nebo pálením cigaretou. Kvůli tomu se dostává do konfliktu s rodiči. Při těchto konfliktech reaguje emočními výbuchy vzteku, agresivitou vůči věcem, často doma něco rozbije. Při konfliktech s otcem někdy dochází i k brachiálnímu násilí. V den přijetí na kliniku se opět dostal do konfliktu s otcem, popral se s ním, následně si stoupal do okna bytu ve 3. patře, vyhrožoval sebevraždou. Do nemocnice byl dopraven RZS v doprovodu policie. Při přijetí byl chlapec neklidný, plačtivý, depresivně laděný. Na oddělení se u něj projevovaly velké výkyvy nálady, které byly doprovázeny sebepoškozováním, při jednom výbuchu vzteku uhodil rukou do zdi tak silně, že došlo k fraktuře jedné ze zápěstních kostí. Byly u něj přítomny suicidální ideace a výroky, zároveň měl tendenci reagovat i agresí vně, hlavně ve formě rozbíjení věcí. Byla u něj kombinována medikace fluoxetinem a aripiprazolem spolu s psychoterapií individuální a skupinovou, důležitá byla práce s rodinným prostředím, včetně rodinné terapie. Jde o nevyvážený vývoj osobnosti s emoční nestabilitou a slabou sebekontrolou, úlohu hraje primární hyperkinetická porucha a dále vztahové konflikty v rodinném prostředí. Po propuštění z nemocnice byla doporučena další ambulantní péče.

ZÁVĚR

Problematika emočně nestabilních adolescentů představuje významnou součást klinické praxe pedopsychiatrie. Častěji jde o adolescentní dívky v problematických vztazích, na které reagují emočními krizemi, provázenými autodestruktivním chováním, zejména suicidálním chováním a nesuicidálním sebepoškozováním. Suicidální chování často obsahuje volání o pomoc, vyjádření emoční nepohody a ambivalentní postoje ke skutečné smrti, zároveň s tlakem na okolí. Nesuicidální sebepoškozování je spíše snahou po uvolnění tenze bez suicidálního úmyslu, je však rizikovým faktorem pro suicidální chování v budoucnu. Snaha vyhnout se stigmatizující diagnóze poruchy osobnosti vede k užívání diagnózy nevyváženého vývoje osobnosti, přesto musíme pomýšlet i na závažnější vyhodnocení duševního stavu, zvláště když osobnostní problematické charakteristiky trvají delší dobu a závažně ovlivňují adaptaci adolescenta. Rovněž je třeba si všimnout komplikací v důsledku řady komorbidit. Nejpodstatnější terapeutickou strategií je psychoterapie, s modifikovanými programy pro tento typ poruchy. Hospitalizace je indikovaná zejména v situaci suicidálního rizika a závažnějších komorbidních poruch, jejím cílem je stabilizace psychického stavu ve strukturovaném terapeutickém prostředí a zmírnění konfliktů v rodině. Následná ambulantní péče bývá nezbytná a jedním z cílů hospitalizace je motivovat pacienta i rodinu pro další terapeutickou spolupráci.

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.
- Preti E, Di Pierro R, Fanti E, Madeddu F, Calati R. Personality Disorders in Time of Pandemic. *Curr Psychiatry Rep* 2020; 22 (12): 80.
- Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M, Jackson HJ, McGorry P. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Medical Journal of Australia* 2007; 187 (7): S18–21.
- Greenfield B, Henry M, Weiss M et al. Previously suicidal adolescents: predictors of six-month outcome. *J Can Acad Adolesc Psychiatry* 2008; 17 (4): 197–201.
- Gorton G, Akhtar S. The literature on personality disorders 1985–1988: trends, issues and controversies. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 39–51.
- Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, Garry de la Riviere S. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther* 2018; 9: 199–210.
- Philip NS, Rost-Banik D, Shaffer S, Johnson B, Boland R. Supportive psychotherapy: a crash course for medical students. *Acad Psychiatry* 2010; 34 (1): 57–60.
- 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: Sharp C and Tackett JL (eds). *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. New York, Springer 2014.
- Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, Guilford Press 1993.
- Látalová A, Linhartová P, Kašpárek T. Dialektická behaviorální terapie u pacientů s hraniční poruchou osobnosti: literární přehled. *Čes a slov Psychiat* 2021; 117 (1): 26–32.
- Klein DA, Miller AL. Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. *Child Adol Psychiatric Clin Am* 2011; 20: 205–216.
- Normandin L, Ensink K, Weiner A, Kernberg OF. *Transference-Focused Psychotherapy for Adolescents with Severe Personality Disorders*. Washington, D.C., American Psychiatric Association 2021.
- 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.
- Kasal M. Současný pohled na doporučení ohledně farmakoterapie hraniční poruchy osobnosti. *Čes a slov Psychiat* 2021; 117 (3): 144–149.