

KAPITOLY K ATESTACI Z PEDIATRIE

Emočně nestabilní adolescenti – současná výzva dětské psychiatrie i pediatrie

Emotionally unstable adolescents – a current challenge of child psychiatry and pediatrics

Jana Kocourková, Jiří Koutek, David Kolouch

Dětská psychiatrická klinika,
2. lékařská fakulta, Univerzita
Karlova a FN Motol, Praha

SOUHRN

Kocourková J, Koutek J, Kolouch D. Emočně nestabilní adolescenti – současná výzva dětské psychiatrie i pediatrie

Emočně nestabilní adolescenti, převážně dívky, představují nejrozsáhlejší skupinu pacientů v současnosti hospitalizovaných na dětských lůžkových psychiatrických pracovištích. Tito pacienti zároveň vyžadují spolupráci pediatriů, zejména v případech sebepoškozování, intoxikací, včetně suicidálních pokusů. Důležitým aspektem je zhodnocení suicidálního rizika. 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. Typickými znaky této poruchy osobnosti jsou například úzkost z opuštění, nestabilní interpersonální vztahy, autodestruktivní chování, afektivní nestabilita. Terapeutické intervence zahrnují krizovou intervenci, podpůrnou psychoterapii, systematickou psychoterapii, práci s rodinou a farmakoterapii. Cílem terapie v rámci hospitalizace je zejména zmírnění emočních výkyvů a autodestruktivního chování (sebeпошкоzování, suicidálního chování), stabilizace rodinného prostředí a motivace pro další ambulantní pedopsychiatrickou a psycho-terapeutickou péči.

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

SUMMARY

Kocourková J, Koutek J, Kolouch D. Emočně nestabilní adolescenti – současná výzva dětské psychiatrie i pediatrie

Emotionally unstable adolescents, mainly girls, represent the largest group of patients currently hospitalized in children's inpatient pedopsychiatric departments. At the same time, these patients require the cooperation of pediatricians, especially in cases of self-harm, intoxication, including suicide attempts. An important aspect is the assessment of suicidal risk. Emotional instability in adolescence represents a spectrum of severity, starting with emotional lability common in adolescence, up to disturbance in personality development, which in the most serious case can result in emotionally unstable - borderline personality disorder. Typical features of this personality disorder are, for example, abandonment anxiety, unstable interpersonal relationships, self-destructive behavior, affective instability. Therapeutic interventions include crisis intervention, supportive psychotherapy, systematic psychotherapy, work with the family, and pharmacotherapy. The goal of therapy during hospitalization is mainly to alleviate emotional fluctuations and self-destructive behavior (self-harm, suicidal behavior), stabilize the family environment and motivate for further outpatient pedopsychiatric and psychotherapeutic care.

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

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 podpořen projektem MZd ČR koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (Fakultní nemocnice v Motole).

Korespondenční adresa:

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

ÚVOD

Adolescentní vývojové období přináší řadu změn zejména ve vývoji vlastní identity a vztahů s důležitými osobami, jako jsou rodiče, romantičtí partneři, vrstevníci. Uvádí se, že „každý adolescent je tak trochu hraniční“, s nadějí, že postupující věk směřem k dospělosti emočně nestabilní projevy urovná. Vnější zatěžující nebo traumatizující okolnosti mají negativní vliv na emoční prožívání adolescentů v závislosti na specifické povahové struktuře a charakteru blízkých vztahů. Můžeme si povšimnout, že vnitřní osobnostní problémy adolescenta mohou vést k „odehrávání“ ve vnější realitě a že může docházet k rizikovému chování, které přináší traumatizující zkušenosti (například v oblasti psychosexuálního vývoje) nebo destruuje vztahy s osobami, které by měly fungovat podpůrným způsobem (například v rámci rodiny). Obava použití diagnózy 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 přístup k diagnóze poruchy osobnosti umožňuje vidět spektrum poruchy a rozlišit její závažnost. 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.^(3–7)

VÝSKYT A KLINICKÉ PROJEVY

Uvádí se, že prevalence hraniční poruchy osobnosti s emočně nestabilními rysy v celkové populaci adolescentů dosahuje úrovně kolem 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 psychiatrickou pohotovost až 78 %.⁽⁵⁾ Z hlediska pohlaví převažují dívky (až tři čtvrtiny pacientů).

Charakteristickými projevy u emočně nestabilních adolescentů jsou výkyvy nálady, afektivní nestabilita, impulzivita, sebepoškozování 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 marginalizovány. Dle Cavelti et al.^(9,10) tyto příznaky prokazují více podobností než rozdílů u osob s hraniční poruchou osobnosti a osob s psychotickými poruchami a dále přítomnost psychotických symptomů u hraniční poruchy osobnosti je ukazatelem závažnosti poruchy a rizikovým faktorem například ve vztahu k suicidalitě. Přehledová práce k této tematice⁽¹¹⁾ poukazuje

na výskyt auditivních halucinací, které mohou být asociovány s posttraumatickou stresovou poruchou a historií dětské traumatizace.⁽¹²⁾

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 následující charakteristiky:

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

PRVNÍ KONTAKT A PROBLÉMY VE SPOLUPRÁCI

Do psychiatrické péče přivádí tyto adolescentní pacienty nejčastěji úzkostné a depresivní potíže, závažné sebepoškozování, suicidální chování a problémy ve vztazích v rodinném i vrstevnickém prostředí. Symptomatika sebepoškozování a suicidálního chování znepokojuje jak rodiče, tak i další dospělé, kteří přebírají odpovědnost (učitelé, vychovatelé, zdravotničtí pracovníci). Suicidální riziko je obtížné 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 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 zdravotnického personálu, zejména musí-li v krizové situaci rozhodovat o dalším řešení. Podobně jako rodiče i profesionálové prožívají úzkost ze závažného sebepoškození 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.

HOSPITALIZACE

V současnosti je na dětských a dorostových pracovištích dětské psychiatrie hospitalizována většina pacientů s projevy sebedestruktivního chování, jako je sebepoškozování a suicidální chování. K hospitalizaci často dochází za vyhraněných okolností spojených se suicidálním rizikem a chaotickou vztahovou situací pacientů (tab. 1). V případě intoxikovaných adolescentů s proklamovaným suicidálním úmyslem předchází hospitalizace na pediatrických odděleních, což

Tab. 1: Počty pacientů/pacientek přijatých na Dětskou psychiatrickou kliniku FN Motol po tentamen suicidii (TS) a se sebepoškozením

Rok	Stav po TS	Sebeпоškození	Z toho obojí
2020	79	142	34
2021	131	299	106
2022	180	354	144

představuje pro nepsychiatrický zdravotnický personál značnou zátěž. Tito pacienti bývají komunikačně obtížní, vyvolávají pocity strachu, ale i zlosti za jejich předpokládané „demonstrativní“ projevy. Psychologicky složitá je ve vyhrocené situaci interakce zdravotníků s rodiči. Psychiatrický personál na lůžkových odděleních bývá odolnější, má větší zkušenost s emočně nestabilními projevy pacienta a jeho rodiny, ale jejich zátěž má více chronický charakter. 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, aby na jedné straně došlo ke stabilizaci duševního stavu a oslabení suicidálního rizika, na druhé straně je potřeba předejít přílišnému „zabydlení“ na psychiatrickém oddělení.

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 užívané pro léčbu dospělých byly modifikovány pro psychoterapii hraničních pacientů v adolescentním věku. Příkladem jsou následující terapeutické modely:

Terapie založená na mentalizaci^(13,14) (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. Tento model zároveň obsahuje sezení s rodiči. Tato terapie vykazuje účinnost zejména v oblasti sebeпоškození a deprese.

Dialektická behaviorální terapie^(15,16) (dialectical behavior therapy) 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 zaměřena na adolescenty s nesuicidálním sebeпоškozením i suicidálním chováním.

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, individuální sezení probíhají nejméně jednou týdně a jsou zaměřeny na propracování přenosu. Cílem je zlepšení v oblasti regulace emocí (včetně autodestruktivního chování) a zlepšení v oblasti interpersonálních vztahů.

Schéma terapie (schema therapy) je integrativní směr, který rozvíjí kognitivně-behaviorální terapii (KBT) s integrací teorie vazby, gestalt terapie a na emoce zaměřené terapie. Uplatňuje se například v léčbě poruch osobnosti, poruch příjmu potravy, depresivních stavů. Přístup je modifikován pro terapii dětí a adolescentů, zahrnuje práci s rodinou.

Terapie zaměřená na léčbu problémů identity adolescentů⁽¹⁷⁾ (adolescent identity treatment). 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, podpůrnou práci s rodinou.

PRÁCE S RODINOU

Potíže emočně nestabilních adolescentů mají závažný dopad na rodinu, včetně negativního vlivu na sourozence. Práce s rodinou je v adolescentním věku nezbytná, protože stabilita rodinného prostředí představuje protektivní faktor jak pro ohroženého adolescenta, tak pro další členy rodiny. V terapeutické práci s rodinou je potřebná psychoedukace, která informuje o adolescentních potížích těchto jedinců a může zmírnit pocity strachu, viny a vzteku, které rodiče často prožívají. Důležitým aspektem terapeutické práce je důvěrnost sdělení adolescenta, určení hranic, kdy již důvěrnost sdělení nemůže být zachována (například suicidální riziko, závažné sebeпоškození, vážné riziko pro jiné osoby).

FARMAKOTERAPIE

Kauzální farmakoterapii emočně nestabilní osobnosti k dispozici nemáme,⁽¹⁸⁾ 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.⁽¹⁹⁾ 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

Tab. 2: **Psychofarmaka a jejich dávkování**

	Lék	Indikace	Dávkování pro die
antidepresiva	sertralin	od 6 roků	50–200 mg
	fluoxetin	od 8 roků	10–40 mg
	fluvoxamin	od 8 roků	50–200 mg
	citalopram	off label	10–30 mg
	escitalopram	off label	5–15 mg
	mirtazapin	off label	15–30 mg
	trazodon	off label	75–150 mg
	venlafaxin	off label	75–150 mg
antipsychotika	aripiprazol	od 13–15 roků	5–15 mg
	chlorprothixen	off label	15–45 mg
	kvetiapin	off label	25–300 mg

mirtazapin nebo trazodon, u hlubší deprese pak venlafaxin, ani tyto preparáty mimo skupiny SSRI nejsou povoleny pro dětský a dorostový věk.

Kromě antidepresivní medikace jsou nezdědka používána neuroleptika s náladu stabilizujícím účinkem, především kvetiapin nebo aripiprazol. Použití thymostabilizérů není v dětském a adolescentním věkovém období časté.

Vzhledem k tomu, že indikace psychofarmak a jejich dávkování je přísně individuální, je zapotřebí, aby medikaci nastavil a dále řídil zkušený dětský psychiatr (tab. 2).

KAZUISTIKA

17letá dívka byla opakovaně hospitalizována pro intoxikaci medikamenty suicidálního charakteru. Její rodiče, oba absolventi vyšší odborné školy, se rozvedli před dvěma roky, dívka je ve střídavé péči s tím, že si délku pobytu u každého z rodičů určuje sama. Má jednu starší a jednu mladší sestru, obě bez závažnějších problémů. Heredita v rodinné anamnéze zjištěna nebyla. Soužití rodičů před rozvodem bylo dlouhodobě konfliktní, dle dívky docházelo i k vzájemným fyzickým inzultacím mezi nimi. Prenatální, kolem porodní a ranně poporodní anamnéza je bez nápadností. Raný vývoj proběhl fyziologicky. V kolektivním zařízení se ve třech letech dobře zadaptovala, dle rodičů byla společenská, kamarádská. Neproblematicky proběhl i první stupeň základní školy, prospívala s výborným prospěchem, bez problémů v chování. Ke zhoršení došlo na druhém stupni, kdy se zhoršila v prospěchu, měla problémy a konflikty se spolužáky, cítila se šikanovaná. Od 14 roků se začala sebepoškozovat, objevilo se suicidální chování, výkyvy nálady. Uváděla, že slyší hlasy, které ji kritizují, přikazují jí autoagresivní jednání. Uvědomuje si, že nejde o skutečné hlasy, tyto prožitky lze hodnotit jako pseudohalucinace, nemají psychotický charakter. Současně sdělila, že se cítí být chlapcem, dožaduje se toho, aby byla oslovena mužským jménem, sama ke své orientaci uvedla, že je „trans“ a pansexuálka. Po ukončení základní školy nastoupila na střední odbornou školu s maturitou, kde má velmi slabý prospěch a v poslední době

i četné absence. K aktuální hospitalizaci na psychiatrii došlo po intoxikaci medikamenty, sdělila, že chtěla zemřít, protože nevidí žádný smysl života, tyto myšlenky má dlouhodobě, neguje aktuální stres. Je zřejmé, že její osobnostní vývoj probíhá dlouhodobě disharmonicky, v popředí je emoční nestabilita, sebepoškozování návykového charakteru, tendence k suicidálnímu chování, přítomna je rovněž genderová dysforie. Dlouhodobě žila v neurovnaném a konfliktním rodinném prostředí, její současné vztahy s rodiči jsou komplikované, stejně jako vztahy s vrstevníky. Při pobytu na klinice byla upravena medikace, na kombinaci venlafaxin a kvetiapin, probíhala individuální i skupinová psychoterapie, muzikoterapie, ergoterapie a arteterapie. Součástí léčby byla i rodinná terapie. Během 4týdenního pobytu se podařilo psychický stav stabilizovat, jde však o obtíže dlouhodobé, které vyžadují pokračování ambulantní pedopsychiatrické a psychotherapeutické péče. Další vývoj osobnosti nelze jednoznačně předpovědět, nelze však vyloučit v dospělosti strukturovanou poruchu osobnosti hraničního typu.

ZÁVĚR

Adolescenti s rysy emoční nestability představují v současnosti nejrozsaňlejší skupinu, která plní nejen psychiatrická pracoviště pro děti a adolescenty, ale v řadě případů i pediatrická pracoviště. Příčinným důvodem hospitalizace jsou nejčastěji autodestruktivní 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 přítomna genderová dysforie s pozdějším začátkem v době dospívání, objevují se „hlasy“ jako disociativní příznaky, případně tikové projevy, které dříve přítomny nebyly. Nezdědka bývá komorbidita s poruchami příjmu potravy. Dívky přicházejí v kontextu problematických vztahů, jako jsou rodinné konflikty, nespokojení mezi vrstevníky, komplikované sexuální zkušenosti. Sebepečkozování a suicidální chování poškozují vztahy k blízkým osobám, zejména rodičům, ale i ostatním pečujícím osobám, včetně zdravotnického personálu. Můžeme vidět diagnostický rozptyl mezi adolescentní krizí, disharmonickým vývojem osobnosti, ale i hraniční poruchou osobnosti různé závažnosti, včetně výskytu psychotických příznaků, nejčastěji auditivních halucinací. V terapeutickém přístupu hospitalizovaných emočně nestabilních adolescentů je důležitá suportivní psychoterapie založená na empatickém a podpůrném přístupu, spolu s terapeutickým režimem a individuální, skupinovou i rodinnou terapií, případně indikovanou medikací. Je zaměřená na stabilizaci pacienta i rodičů a zejména na zvládnutí autodestruktivního chování. Ve většině případů je potřebná pokračující pedopsychiatrická a psychotherapeutická péče v ambulanci nebo stacionáři. Důležitá je spolupráce všech zdravotníků, kteří se o pacienty starají, zejména v rámci pedopsychiatrie, psychoterapie, psychologie a pediatrie. |

LITERATURA

1. **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.
2. **Bach B, First MB.** Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 351.
3. **Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, Gamy de la Riviere S.** Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther* 2018; (9): 199–210.
4. **Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M, et al.** Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Med J Australia* 2007; 187(7): 518–21.
5. **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.
6. **Gorton G, Akhtar S.** The literature on personality disorders 1985 – 1988: trends, issues and controversies. *Hosp Community Psychiatry* 1990; (41): 39–51.
7. **Kocourková J, Koutek J.** Emočně nestabilní adolescenti a možnosti jejich ovlivnění. *Čes Slov Psychiat* 2022; 118(2): 81–84.
8. **Kaltiala-Heino R, Bergman T, Työlajärvi M, Frisén L.** Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther* 2018; 9: 31–41.
9. **Cavelti M, Thompson K, Chanen AM, Kaess M.** Psychotic symptoms in borderline personality disorder: developmental aspects. *Curr Opin Psychol* 2021; 37: 26–31.
10. **Thompson KN, Cavelti M, Chanen AM.** Psychotic symptoms in adolescents with borderline personality disorder features. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019; 28(7): 985–992.
11. **Belohradova Minarikova K, Prasko J, Holubova M, et al.** Hallucinations and other psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2022; 18: 787–799.
12. **Niemantsverdriet MBA, Slotema CW, Blom JD, et al.** Hallucinations in borderline personality disorder: prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *Sci Rep* 2017; 7: 13920.
13. **Quek J, Melvin GA, Bennett C, et al.** Mentalization in adolescents with borderline personality disorder: a comparison with healthy controls. *J Pers Disord* 2018; 22: 1–19.
14. **Fonagy P, Rossouw T, Sharp C, et al.** Mentalization-based treatment for adolescents with borderline traits. In: Sharp C, Tackett JL (eds.). *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. New York: Springer 2014.
15. **Linehan MM.** Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press 1993.
16. **Klein DA, Miller AL.** Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. *Child Adol Psychiatric Clin Am* 2011; 20: 205–216.
17. **Schlüter-Müller S, Goth K, et al.** Assessment and treatment of identity pathology during adolescence. *Scand J Child Adol Psychiatry Psychol* 2015; 3(1): 63–70.
18. **Kasal M.** Současný pohled na doporučení ohledně farmakoterapie hraniční poruchy osobnosti. *Čes Slov Psychiat* 2021; 117(3): 144–149.
19. **Herman E.** Farmakoterapie pacientů trpících emočně nestabilní poruchou osobnosti. *Psychiatrie Praxi* 2004; 4: 206–207.