

ADOLESCENTNÍ ZDRAVÍ

Rizika psychosociálního vývoje v adolescenci

Risks of psychosocial development in adolescence

Jana Kocourková, Jiří Koutek

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

SOUHRN

Kocourková J, Koutek J. Rizika psychosociálního vývoje v adolescenci

Adolescentní vývojové období představuje etapu přechodu od dětství do dospělosti. Tento proces je ovlivňován biologickými změnami i psychosociálními vlivy, které vyplývají z rodiny, vrstevnického prostředí a širších sociokulturních okolností. Adolescenti stojí před vývojovými úkoly směrem k dosažení vlastní autonomie a nalezení „svého místa na slunci“. Vývojové komplikace se mohou projevit zejména v emočně nestabilním prožívání, narcistické nerovnováze a nestabilitě blízkých vztahů, autodestruktivním chováním. Spektrum potíží je na jednom konci možné popsat jako běžnou adolescentní nestabilitu (adolescentní krizi), na druhém konci jako poruchový vývoj osobnosti, který již lze klinicky popsat jako emočně nestabilní – hraniční poruchu osobnosti. Větší zastoupení adolescentních dívek v oblasti těchto potíží bývá spojováno s časným biologickým dospíváním, vlivem sociálních sítí a norem, které prezentují, traumatizací v blízkých vztazích. Současné přístupy pohlížejí optimističtěji na možné pozitivní změny v průběhu dalšího vývoje v dospělosti a snaží se o vytvoření specifických psychoterapeutických programů pro tyto pacienty. Přístup dětských lékařů, zaměřený na rodinu adolescenta a zvládající obtíže v komunikaci s nimi, může výrazně pomoci – podpořit rodinu a motivovat k další psychiatrické a psychoterapeutické péči.

Klíčová slova: adolescence, psychosociální rizikové faktory, emoční nestabilita

SUMMARY

Kocourková J, Koutek J. Risks of psychosocial development in adolescence

The adolescent developmental period represents a stage of transition from childhood to adulthood. This process is influenced by biological changes and psychosocial influences resulting from the family, peer environment and broader sociocultural circumstances. Adolescents face developmental tasks towards achieving their own autonomy and finding their “place in the sun”. Developmental complications can manifest themselves in particular in emotionally unstable experiences, narcissistic imbalance and instability of close relationships, and self-destructive behavior. The spectrum of problems can be described at one end of the spectrum as common adolescent instability (adolescent crisis), at the other end of the spectrum as disordered personality development, which can already be clinically described as emotionally unstable – borderline personality disorder. The greater representation of adolescent girls in the area of these problems is often associated with early biological puberty, the influence of social networks and the norms they present, and traumatization in close relationships. Current approaches are more optimistic about possible positive changes during further development in adulthood and try to create specific psychotherapeutic programs for these patients. The approach of pediatricians, focused on the family of an adolescent with difficulties in managing communication with them, can be of significant help – supporting the family and motivating them to further psychiatric and psychotherapeutic care.

Key words: adolescence, psychosocial risk factors, emotional instability

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

Korespondující autorka:

doc. PhDr. Jana Kocourková
Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Jana.Kocourkova@lfmotol.cuni.cz

ÚVOD

Adolescence, období mezi dětstvím a dospělostí, představuje turbulentní vývojovou etapu. Obvykle uváděné věkové pásmo adolescence začíná dosažením biologické zralosti s horní věkovou hranicí kolem dvaceti roků. Dospívající jsou postaveni před vývojové úkoly, jako jsou změny ve vztazích s rodiči, hledání nových intimních vztahů, zvládnání profesní přípravy a dosažení vlastní identity.⁽¹⁾ Koncept adolescence závisí na současných sociokulturních podmínkách, například v době zvýšených nároků na profesní přípravu se adolescence prodlužuje až do doby, kdy psychosexuální vývoj sice odpovídá věku mladé dospělosti, ale přetrvává ekonomická závislost na primární rodině. Současné zaměření odborníků v oblasti duševního zdraví adolescentů ukazuje na zvýšený výskyt psychických obtíží adolescentů, jako jsou úzkostné a depresivní stavy, sebepoškozování a suicidální chování, poruchy příjmu potravy u dívek a obtíže v oblasti psychosexuální identity. Potřebujeme rozumět vývojovým zátěžím v životě současných adolescentů, riziku vzniku emoční nestability v jejich prožívání a vzniku dalších duševních poruch. Víme, že duševní obtíže v adolescenci představují rizikový faktor pro duševní zdraví v dospělosti. Kessler et al. zjistili, že mezi lidmi, kteří splňují kritéria pro diagnózu duševní poruchy, mělo 50 % první epizodu před dosažením 14 roků a 75 % před dosažením 24 roků.⁽²⁾ Je tedy třeba se včas zaměřit na možnosti psychické podpory a indikované odborné intervence. Uvádí se, že ve spektru emoční nestability převažují v 75 % dívky, což nás vede k otázce, jaká specifická vývojová zátěž se dospívajících děvčat týká. Tematikou duševního zdraví a rozdílů obtíží mezi chlapci a dívkami se zabývali Yoon et al. v rozsáhlé studii mladých pacientů v průběhu rané a střední adolescence.⁽³⁾ Ze studie 8612 dospívajících jedinců vyvodili, že vzrůstající riziko duševních potíží postihuje především dívky, u kterých se vyskytují více internalizované poruchy jako deprese nebo úzkost, zatímco u chlapců jde častěji o externalizované potíže, jako jsou poruchy chování a hyperaktivita. Autoři došli k závěru, že dívky jsou vulnerabilnější ve vztahu k emocím s ohledem na ranější nástup puberty, potíže ve způsobu vyrovnávání se s problémy a větší problémy ve vztazích s rodiči a vrstevníky.

RIZIKOVÉ PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY ADOLESCENTNÍHO VÝVOJE

Rodinné prostředí je důležitým pozitivním faktorem pro adolescentní vývoj, pokud poskytuje emoční stabilitu, nastavuje hranice a ukazuje vzory chování. Nefungující rodina je oproti tomu rizikovým faktorem, který může vést k předčasné separaci adolescenta od rodiny, zvýšeným protestním reakcím a k identifikaci s vrstevníky či vrstevnickými skupinami, které představují pro adolescenty s problematickými vztahy s rodiči významnější autoritu, než jsou dospělí (rodiče, učitelé).

Školní a studijní stres adolescentů představuje zvýšené nároky na výkonnost, adaptabilitu a motivaci k dosažení studijních výsledků. Steare et al. v přehledové práci dovozují, že řada studií přináší důkazy o souvislosti studijního

stresu a duševního zdraví adolescentů, zejména ve vztahu k úzkosti a depresi.⁽⁴⁾ Z klinických zkušeností vyplývá, že v mnoha rodinách vzniká napětí zejména při přechodu na různé stupně vzdělávání, kdy příprava k přijetí na školu vyžaduje značné nároky a neúspěch vede ke zklamání dětí i jejich rodičů. Stres mohou představovat i zátěže a změny v mimoškolních aktivitách, zejména v případech, kdy dospívající opouštějí zájmy (například v oblasti sportu), které byly finančně náročné a naplňovaly fantazie rodičů o budoucích úspěších jejich dětí. Protektivním faktorem je školní a zájmová úspěšnost a uplatnění, spolu s podporou rodičů v případě neúspěchu a školního selhávání.

Vliv vrstevníků má významnou formativní funkci. Adolescenti si prostřednictvím vrstevníků tvoří svoji sociální identitu. Skupina vrstevníků poskytuje prostor k experimentování s různými rolemi, hodnotami a názory. Přijetí vrstevníky může přinést sebevědomí, zatímco odmítnutí může vést k nejistotě nebo sociální izolaci. V současnosti je vliv vrstevníků výrazně propojen s užíváním sociálních sítí a prezentovanými vzory. Může dojít k výskytu rizikového chování, zejména když tyto skupinové identifikační vzory mají problematický charakter (např. zneužívání návykových látek, delikventní chování, sebepoškozování, poruchy příjmu potravy).

Sexualita dospívajících je podstatný aspekt vývoje vyplývající z fyziologického zrání a zároveň determinovaný sociálními vlivy a vzory. Masmediální prezentace sexuality může vést k nejistotě sebevědomí, zatěžuje výrazně zejména vývoj dívek, které jsou často nespokojené s vlastním tělem, jeho změnami v dospívání a srovnáváním se s mediálně prezentovanými vzory. Přirozené vyhrávání je problematicky ovlivňováno vztahy, které vznikají ve virtuálním prostředí sociálních sítí, s rizikem problémů spojených například s výměnou intimních fotografií. Prezentací sexuality na internetu se zabývá Lemma, která ve svém článku týkajícím se zkušenosti dětí a dospívajících cituje zprávu britského komisaře pro děti za roku 2023, kdy bylo zjištěno, že děti a dospívající jsou často vystaveni násilným a ponižujícím sexuální praktikám online.⁽⁵⁾ Průměrný věk, ve kterém děti poprvé viděly pornografii, je 13 let a 79 % se setkalo před 18 rokem s násilnou pornografií.

Návykové chování představuje pro adolescentní vývoj závažné riziko. Spektrum návykového chování sahá od látkových závislostí (alkohol, nikotin, nelegální drogy, psychofarmaka) k nelátkovým závislostem (digitální technologie, závislost na internetu). Aspekt závislosti je obsažen i v poruchovém chování, jako jsou poruchy příjmu potravy nebo sebepoškozování.

GENDEROVÉ ROZDÍLY

Genderové rozdíly emočně nestabilních adolescentů zkoumali Cavelti et al. se závěrem, že pohlaví v souvislosti s emoční nestabilitou má významnou úlohu.⁽⁶⁾ Skupina adolescentů s hraními poruchou osobnosti byla primárně spojena s ženským pohlavím, častým uváděním nepříznivých zážitků z dětství, bylo zjištěno vysoké skóre v osobnostních rysech dysregulace emocí a inhibice a spojení s internalizující psychopatií.

Tab. 1: Diagnostická kritéria emočně nestabilní poruchy osobnosti dle MKN-10

Impulzivní typ

- Emoční nestálost
- Nedostatečná kontrola impulzivity
- Výbuchy násilí, zejména jako reakce na kritiku

Hraniční typ

- Narušené představy o sobě samém
- Chronické pocity prázdnoty
- Intenzivní a nestálé interpersonální vztahy
- Pohotovost k emočním krizím
- Sebeпоškozování a suicidální chování

Naproti tomu skupina s tendencí k impulzivní reaktivitě byla primárně spojena s mužským pohlavím, s vysokým skóre v osobnostním rysu disociačního chování a s externalizující psychopatií. Studie poskytuje důkazy pro dvě odlišné podskupiny adolescentů s rysy, které se podobají podtypům emočně nestabilní poruchy osobnosti MKN-10.⁽⁷⁾

RIZIKA ADOLESCENTNÍHO VÝVOJE DÍVEK

Většina dívek se ve svém vývoji potýká s prožíváním vlastního těla, se kterým spojuje vlastní identitu a sebehodnotu. Problémy s obrazem těla můžeme vidět v klinické symptomatice typické pro dospívající dívky – poruchy příjmu potravy, sebeпоškozování, některé případy genderové dysforie. Nespokojenost s vlastním tělem u dívek souvisí s nízkým sebevědomím, zejména při konfrontaci s masmediálními (a často idealizovanými) vzory krásy, které prezentují, často mediálně upravené, typy dívčí dokonalosti. Potíže také zvyšuje osobnostní perfekcionista nastavení, strach z rozvíjející se adolescentní sexuality, neustálé srovnávání se s ostatními. V řadě případů genderové dysforie dívek často nejde ani tolik o přání mít tělo opačného pohlaví, ale spíše nespokojenost s vlastním tělem a odmítání znaků a projevů ženského těla.

EMOČNĚ NESTABILNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Emočně nestabilní porucha osobnosti již představuje ve vývoji osobnosti adolescentů závažnou psychopatologickou jednotku.^(8–10) 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. Symptomy emoční nestability zahrnují úzkost z opuštění, afektivní nestabilitu, impulzivní chování, nestabilitu v oblasti interpersonálních vztahů i vlastního sebehodnocení. Vystupňované osobnostní charakteristiky, které vedou k psychickému diskomfortu, depresivním a úzkostným stavům, riziku autodestruktivního chování a poruchám adaptace ve vztahovém a sociálním prostředí, mohou vyústit do strukturované poruchy osobnosti. Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí typ impulzivní a hraniční emočně nestabilní poruchy osobnosti (tab. 1).⁽⁷⁾

Tab. 2: Diagnostická kritéria hraniční poruchy osobnosti dle DSM-5

- Horlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění.
- Vzorec nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů charakterizovaný kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací.
- Porucha identity: výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama.
- Impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebeпоškození (např. utrácení peněz, sex, abúzus látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvaty přejídání).
- Opakující se suicidální jednání, gesta a pohružky nebo sebeпоškozující chování.
- 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).
- Chronické pocity prázdnoty.

americká klasifikace DSM-5 předkládá koncept hraniční poruchy osobnosti (tab. 2).⁽¹¹⁾

OBTÍŽE V KOMUNIKACI S ADOLESCENTY A PSYCHOTERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP

U mladších adolescentů první kontakt s odborníky v oblasti duševního zdraví většinou iniciují rodiče, starší adolescenti bývají k potřebě psychiatrické nebo psychologické péče ambivalentní, i když mohou i sami péči iniciovat. Rozdíly v komunikaci existují i mezi dětmi a dospívajícími na různých stupních vývoje. Komunikace s nimi závisí na dosažené kognitivní úrovni, verbální vybavenosti, schopnosti introspekce, motivaci pro psychoterapii. Zdá se, že méně pozornosti se věnuje adolescentům jako specifické skupině, kdy již rodiče nemají takovou váhu, aby o psychoterapii dospívajícího mohli sami rozhodnout, pokud ji adolescent odmítá. Vytvoření pracovní aliance s dospívajícím v psychoterapii je obtížné také proto, že přirozeným vývojovým úkolem adolescenta je osamostatňování se a uvolňování vazeb s autoritami. Práce s adolescentními pacienty kladé vysoké nároky na terapeuty, zejména když jde o problémy adolescentů v sexuální oblasti, nebo tehdy, když musí řešit jejich závažné autodestruktivní projevy (mentální anorexie, sebeпоškozování, suicidální riziko, užívání návykových látek). Vedle toho hrají roli zájmy, obavy, racionalizace a úzkosti rodičů. Adolescenti (oproti menším dětem) v terapii jsou schopni s terapeuty komunikovat verbálně, ale slova často vnímají v konkrétní podobě, jako akci, na kterou reagují protiakcí, někdy i předčasným opuštěním terapie. Netolerují dlouhé pauzy a mlčení.

V péči o duševní zdraví adolescentů mají vedle psychiatrů a psychologů (kteří vykonávají systematickou psychoterapii) nezastupitelné místo pediatri, kteří adolescentního pacienta a jeho rodinu znají a jejich intervence mohou povzbudit motivaci adolescenta a rodiny k další psychiatrické a psychologické péči. Mitchell a Lynch zmiňují, že pediatri často dělají více rodinné terapie, než si sami myslí.⁽¹²⁾ Autoři na kazuistických případech ukazují, že v rodině může být část psychosociálních problémů

pozitivně ovlivněna i v rámci jednotlivých klinických psychiatrických setkání.

V psychoterapii s emočně nestabilními adolescenty je základní modalitou suportivní (podpůrná) psychoterapie, která je založena na empatickém přístupu, zaměřením na vztahové problémy, zlepšení sebehodnocení.⁽¹³⁾ Jde o základní mentální stabilizaci pacienta a nastavení další systematické terapeutické spolupráce. Podobný přístup je třeba zaujmout i k rodičům pacienta. V adolescentním období je práce s rodiči stejně významná jako práce s dospívajícím. Zátěží pro profesionály v oblasti zdravotnictví, kteří přicházejí s emočně nestabilním adolescentem do prvního kontaktu, je zejména konfrontace s jeho autodestruktivním chováním, ať již jde o suicidální výroky, nebo o nesuicidální sebepoškozování.⁽¹⁴⁾ Existuje řada psychoterapeutických programů, u kterých i přes rozdílná teoretická východiska můžeme vidět shodu ve snaze dosáhnout u emočně nestabilních adolescentů lepší rezilienci v zacházení s vlastními emočními stavy a interpersonálními vztahy, zvládnutí autodestruktivních projevů a zlepšení sebevědomí.^(15,16) Společnými charakteristikami v psychoterapeutickém přístupu je potřeba vytvořit bezpečný terapeutický vztah, empatický přístup, aktivní

a flexibilní postoj terapeuta, včetně zaměření na rodinný systém adolescenta.⁽¹⁷⁾ Podstatná je spolupráce odborníků na poli duševního zdraví adolescentů a včasná intervence v případech vývojového selhávání.

ZÁVĚR

Adolescentní vývojové období představuje etapu přechodu od dětství do dospělosti. Tento proces je ovlivňován biologickými změnami i psychosociálními vlivy, které mohou obsahovat rizikové faktory, například v oblasti rodiny, vrstevnických vztahů, školních nároků, psychosexuálních vývojových změn. Emočně nestabilní prožívání u adolescentů představuje spektrum od přechodných stavů v rámci adolescentních krizí až po strukturovanou poruchu osobnosti emočně nestabilního typu. Úkolem odborníků na poli duševního zdraví adolescentů je věnovat pozornost emočně nestabilním projevům dospívajících, pomoci včasné odborné intervenci a v případě závažnějších problémů motivovat rodinu i dospívajícího k další systematické psychiatrické a psychoterapeutické péči. |

LITERATURA

1. **Christie D, Viner R.** Adolescent development. *BMJ* 2005; 5(330): 301–304.
2. **Kessler R, et al.** Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6): 593–602.
3. **Yoon Y, Eisenstadt M, Lereya ST, Deighton J.** Gender difference in the change of adolescents' mental health and subjective wellbeing trajectories. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022; 4: 1–10.
4. **Steare T, Muñoz CG, Sullivan A, Lewis G.** The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review. *J Affect Disorders* 2023; 339: 302–317.
5. **Lemma A.** Brief report: private pleasures and the damage done: asking the unashed question about consumption of online pornography. *Psychoanal Psychother* 2024; 38 (2): 121–131.
6. **Cavelti M, Lerch S, Ghinea D, et al.** Heterogeneity of borderline personality disorder symptoms in help-seeking adolescents. *Bordeline Pers Disorder Emotion Dysregulat* 2021; 8: 9.
7. **Mezinárodní klasifikace nemocí.** 10. revize. Praha: Psychiatrické centrum 1992.
8. **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.
9. **Kocourková J, Koutek J.** Emočně nestabilní adolescenti a možnosti jejich ovlivnění. *Čes Slov Psychiat* 2022; 118(2): 81–84.
10. **Sharp C, Fonagy P.** Practitioner Review: Borderline personality disorder adolescence: recent conceptualization, intervention and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56(12): 1266–1288.
11. **DSM-5.** Praha: Hogrefe Testcentrum 2015.
12. **Mitchell LE, Lynch S.** Are pediatricians doing more family „therapy“ than they realize? – changing families through single encounters. *Clin Pediatr* 2012; 18(52): 978–980.
13. **Philip NS, Rost-Banik D, Shaffer S, et al.** Supportive psychotherapy: a crash course for medical students. *Acad Psychiatry* 2010; 34(1): 57–60.
14. **Holub D.** Léčba založená na mentalizaci (MBT). *Psychoterapie* 2021; 15(1): 53–68.
15. **Linehan MM.** Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press 1993.
16. **Schlüter-Müller S, Goth K, Jung E, Schmeck K.** Assessment and treatment of identity pathology during adolescence. *Scand J Child Adolesc Psychiatry Psychol* 2015; 3(1): 63–70.
17. **Eyden J, Winsper C, Wolke D, et al.** 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; 47: 85–105.