

ADOLESCENTNÍ ZDRAVÍ

Význam rodiny pro adolescentní vývoj

*The importance of a family for adolescent development*Kryštof Kantor¹, Liron Kantor²¹Dětská psychiatrická klinika,
Fakultní nemocnice Motol,
Praha²Pediatrická klinika,
Fakultní nemocnice Motol,
Praha

SOUHRN

Kantor K, Kantor L. Význam rodiny pro adolescentní vývoj

Setkáváme se s výrazným nárůstem psychických potíží v adolescentním věku. Adolescence je specifické období ve vývoji člověka, v průběhu kterého se mladý člověk osamostatňuje, na druhou stranu je více zranitelný. Rodinné faktory se mohou podílet na zvýšení rizika rozvoje duševní poruchy, ale mohou také působit protektivně. Rozvoj psychických potíží je obvykle multifaktoriálně podmíněn. V soudobých transakčních modelech je role rodiny v etiopatogenezi těchto poruch vysvětlována komplexními recipročními interakcemi mezi individuální zranitelností jedince a rodinným prostředím. Rodinné příslušníky adolescenta lze také zapojit do léčby. Existuje několik psychoterapeutických postupů, které byly adaptovány pro práci s adolescenty, a většina z nich nabízí i možnost práce s rodinou.

Klíčová slova: adolescence, rodina, psychoterapie, nesuicidální sebepoškozování, suicidalita, emočně nestabilní porucha osobnosti

SUMMARY

Kantor K, Kantor L. The importance of a family for adolescent development

We are experiencing a significant increase in mental health problems in adolescence. Adolescence is a specific period of human development during which a young person gains more independence, but at the same time becomes also more vulnerable. Family factors can both contribute to an increased risk of developing a mental disorder, and serve as a protective factor. The development of mental health problems is usually multifactorial. In contemporary transactional models, the role of the family in the etiopathogenesis of these disorders is explained by complex reciprocal interactions between the individual's vulnerability and the family environment. Family members of the adolescent can also be involved in treatment. There are several psychotherapeutic procedures that have been adapted for working with adolescents, and most of them offer a possibility of working with their family.

Key words: adolescence, family, psychotherapy, non-suicidal self-injury, suicidality, emotionally unstable personality disorder

Korespondující autor:

MUDr. Kryštof Kantor
Dětská psychiatrická klinika FN Motol
V Úvalu 84/1
15006 Praha 5
Krystof.Kantor@fnmotol.cz

ÚVOD

Adolescence je specifické období života, v průběhu kterého dospívající jedinec prochází řadou změn, vytváří si vlastní identitu a získává nové sociální role. Běžně je za období adolescence považováno rozmezí 10–19 let, ačkoliv v moderní společnosti se řada procesů souvisejících s vývojem jedince ustálí až ve vyšším věku.⁽¹⁾ Na změny související s adolescencí se můžeme dívat jako na vzájemně provázané procesy biologické, psychologické a sociální.

Z biologického hlediska v adolescenci dochází k intenzivnímu rozvoji endokrinních procesů spojených s pubertou

a produkcí pohlavních hormonů. Velmi důležité jsou také poznatky o maturaci mozku. Toto období je charakteristické rychlým vývojem emotivity a zvýšenou reaktivitou na sociální podněty, přičemž kontrola impulzů často zůstává poměrně nízkou vyvinutá. Na neurobiologické úrovni se za odpovídající stav považuje rychlejší rozvoj limbického systému a naopak funkčně zaostávající prefrontální kórové oblasti. Výsledkem je dysregulace emočně podmíněných bottom-up procesů a chování regulujících top-down procesů. Tento stav může vést k impulzivité s následky v podobě různých potencionálně nebezpečných situací.⁽²⁾

Dále v průběhu adolescence dochází k psychologickým změnám. Rozvíjí se abstraktní myšlení a náhled na vlastní kognitivní procesy. To umožňuje prozkoumávat různé perspektivy a názory a je to také důležitý prvek v procesu hledání vlastní identity. Na druhou stranu tyto změny pravděpodobně přispívají ke zvýšené míře vztahovačnosti a orientaci na vrstevnické vztahy.⁽³⁾ Dospívající jedinec se postupně stává méně závislým na rodině. Jedná se také o období, kdy se rozvíjí řada psychických potíží, přičemž k nejčastějším patří úzkostné poruchy a deprese.⁽⁴⁾ V posledních letech byl zaznamenán jejich nárůst.⁽⁵⁾

PROBLEMATIKA DIAGNOSTIKY V ADOLESCENTNÍM VĚKU

Ačkoliv se tento článek primárně nezabývá diagnostikou poruch u adolescentů, pro kontext je nutné zmínit faktory, které se promítají do klinické i výzkumné práce. Diagnostika v psychiatrii se opírá o diagnostická kritéria, která jsou součástí klasifikačních systémů, jako je Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) nebo podrobnější Diagnostický a statistický manuál (DSM), používaný ve Spojených státech amerických. Psychické potíže adolescentů však ne vždy jasně odpovídají obrazům poruch tak, jak jsou popsány u dospělých. Kromě úzkosti a deprese je popsána řada syndromů, které mají více či méně jasná diagnostická kritéria a mohou se ve velké míře překrývat. Zda bude pedopsychiatr diagnostikovat jednu, či druhou poruchu, může být ovlivněno spíše osobním přesvědčením. U adolescentů se objevují i jiné psychiatrické potíže, jako je například schizofrenie, nicméně v tomto věku tvoří malou část psychiatrické morbidity.⁽⁶⁾

Setkáváme se s častým problémem sebepoškozování a suicidálního jednání u adolescentů. Tyto potíže samozřejmě mohou souviset s úzkostností a depresivitou, ale zároveň závažnost těchto behaviorálních projevů významně ovlivňuje přístup k léčbě, která může častěji vyžadovat hospitalizaci. U dospělých bychom podobné potíže v některých případech mohli diagnostikovat jako příznaky emočně nestabilní či hraniční poruchy osobnosti. Některé názorové proudy uvádí, že diagnostika těchto poruch je možná i v adolescenci.⁽⁷⁾ Tímto směrem se ubírá i nová 11. revize MKN, která uvádí také poznámky týkající se diagnostiky adolescentů, zavádí dimenzionální chápání poruch osobnosti a nepovažuje je již za nutně trvalé poruchy.^(8–10)

Poslední 5. revize amerického manuálu DSM obsahuje také návrhy kritérií pro syndrom nesuicidálního sebepoškozování a poruchu se suicidální chováním.^(8,11) Na druhou stranu existuje také tendence některé potíže označovat jako adolescentní krizi, což souvisí s faktem, že u řady pacientů se potíže upraví, a jsou tedy spíše vyhrconými projevy adolescence než symptomem duševní poruchy.⁽⁶⁾ Zatím ale nemáme zcela spolehlivé způsoby jak rozlišit, který pacient bude mít tendenci ke spontánní úpravě stavu a který vyžaduje intenzivní psychoterapeutickou léčbu.⁽¹²⁾ Problematické chování s možnými tragickými následky (jako je sebevražednost a sebepoškozování) ale hraje roli v rozhodování o formě a intenzitě léčby nezávisle na diagnóze.

Rozdíl mezi „prostou“ depresivitou a úzkostností a jinými, „složitějšími“ výše popsanými problémy je i při aktuální absenci suicidality z klinického hlediska důležitý právě při rozhodování o léčbě. Data z prospektivního sledování potvrzují, že čím déle epizoda poruchy nálady či úzkostnosti v adolescenci trvá, tím vyšší je riziko, že potíže budou přetrvávat i v dospělosti.⁽¹³⁾ Tyto nálezy můžeme interpretovat tak, že u adolescentů je nejen důležité správné zaléčení úzkosti či deprese jako takové, ale zároveň jde o to, že jedinec se nachází v období, kdy si vytváří adaptivní mechanismy pro zvládání podobných potíží v budoucnu. Mezi neefektivní a škodlivé zvládací mechanismy může patřit právě sebepoškozování, užívání návykových látek nebo třeba maladaptivní vzorce vytváření a udržování vztahů.

V českém prostředí je v současnosti zvykem používat diagnózu disharmonického osobnostního vývoje. V literatuře jsme pak mluvili o emočně nestabilních adolescentech, čímž se obvykle rozumí široký záběr této komplexní problematiky.^(8,10,14)

VÝZNAM RODINY

Faktory rodiny mohou v adolescentním věku sloužit jako protektivní i rizikové.⁽¹⁵⁾ Současné pojmání rodinných vztahů a výchovy navazuje na klasické psychologické teorie a experimenty, jako je například teorie attachmentu (vztahové vazby)⁽¹⁶⁾ nebo rodičovské styly.⁽¹⁷⁾ Ideální rodičovský styl bývá popisován jako přístup, kdy rodiče poskytují dostatek laskavosti, vřelosti a podpory, ale zároveň také na dítě či adolescenta kladou požadavky a mají vyšší úroveň kontroly a aktivního vedení.^(17,18) Příliš kontrolující přístup rodičů bez vztahové vřelosti, nebo naopak příliš permissivní, ale laskavý přístup jsou spojeny s rozvojem psychických potíží u adolescentů.⁽¹⁹⁾

V užším kontextu duševních poruch s nástupem v adolescenci je běžně přijímán patogenetický model zranitelnosti a stresu. Faktory rodiny jsou zkoumány jako součást komplexních příčin – interakcí genů a prostředí.⁽²⁰⁾ V prostředí rodiny se setkávají složité transakční interakce mezi genetickou vulnerabilitou adolescenta a výchovným přístupem rodiče. Příklad situace, která může být spojena s rozvojem emočně nestabilních rysů, by se dala shrnout tak, že dítě s výraznou emoční reaktivitou, které je hůře zklidnitelné, je vychováváno dospělými, kteří jsou náchylnější k nevhodným výchovným praktikám nebo sami mají potíže s regulací emocí a zvládáním sociálních situací.^(10,21)

Výzkumů zaměřujících se na rodinné prostředí u emočně nestabilních adolescentů je velké množství. Jako významný rizikový faktor pro narušení vývoje adolescentů se uvádí například „maladaptivní rodičovství“, problémem ale mohou být odlišné interpretace tohoto pojmu.⁽²²⁾ V kontextu emočně nestabilního vývoje adolescentů také existují data o vertikálním přenosu, kdy například značná část matek dětí sledovaných orgány pro ochranu dětí byla také v dětství sledována podobnými orgány kvůli týrání.⁽²³⁾ Jiný pohled na matky, které samy trpěly emočně nestabilními rysy, považuje za problematický ambivalentní přístup v rodičovství,

tedy na jedné straně přehnanou ochranu a omezování autonomie a na druhou stranu odtahovitost a hostilitu vůči dítěti. Naopak jako protektivní se jeví bezpečná vztahová vazba.⁽²⁴⁾ U nesuicidálního sebepoškozování bývají jako rizikové faktory popisovány například nedostatek podpory a validace, rigidita, vysoká úroveň kritiky a zneužívání.⁽¹⁵⁾ Uvedené příklady maladaptivního rodičovského chování mohou působit až extrémně, mnohdy jsou viditelné projevy subtilní a v ambulanci lékaře obtížně rozlišitelné.

Na komplexní interakce mezi rodičem a dítětem se také zaměřuje soudobý výzkum. Například recentní studie provedená na singapurských adolescentech zjistila, že při dlouhodobějším sledování (3 body sběru dat v průběhu jednoho roku) některé charakteristiky adolescentů a jejich rodičů na sebe měly reciproční vliv. Například impulzivita adolescenta vedla k tomu, že rodiče po šesti měsících méně validovali jeho prožívání. A naopak nízká úroveň validace ze strany rodičů ve spojení s impulzivitou a emoční zranitelností adolescenta predikovala rozvoj emoční dysregulace.⁽²⁵⁾

PSYCHOTERAPEUTICKÁ PÉČE

Psychoterapeutická péče o sebepoškozující se, suicidální a emočně nestabilní adolescenty vychází především z kognitivně behaviorální, psychodynamické, případně rodinné terapie a je vesměs integrativní.^(12,15) Dá se říct, že i když jednotlivé psychoterapeutické přístupy vycházejí z jiných principů, mají více podobností než rozdílů. Z klinického hlediska je zajímavé podívat se, jak jednotlivé psychoterapeutické směry vysvětlují vznik potíží a jak se dívají na zapojení rodiny v léčbě.

Nejrozšířenějším psychoterapeutickým směrem, který je zaměřen na suicidalitu, sebepoškozování, případně disharmonický vývoj osobnosti, je **dialektická behaviorální terapie** (dialectical behavior therapy, DBT). Tento přístup je adaptován i ve verzi pro adolescenty a je používán i u nás.⁽¹²⁾ DBT vznik uvedených potíží vysvětluje jako interakci vrozené predispozice (zvýšená emoční reaktivita) a vlivů prostředí (prostředí znehodnocující emoční prožívání jedince). Zjednodušeně to znamená, že prostředí (často rodina) nedokáže adekvátně reagovat na emoční prožívání adolescenta (které je samo o sobě intenzivnější) a to vede k tomu, že si jedinec vytváří nevhodné způsoby, jak své emoce může zmírnit a regulovat sám (jako je například sebepoškozování). Psychoterapie, včetně práce s rodinou, se pak zaměřuje jednak na validaci emočních potřeb pacienta, zároveň ale naléhá na změnu maladaptivních behaviorálních projevů.^(26,27)

Terapie založená na mentalizaci (mentalisation-based therapy, MBT) je jiný psychoterapeutický směr, který je také adaptován pro adolescenty. Tento přístup vznik potíží vysvětluje jako narušení mentalizace, tedy schopnosti uvědomovat si vnitřní procesy (myšlenky, emoce, pohnutky, potřeby a jiné) sebe samotného i ostatních. Schopnost mentalizace se dle teorie vyvíjí prostřednictvím attachmentu. Pokud je vazba dobrá, pečovatelské je schopen uvědomovat si duševní stav dítěte, zrcadlit ho, a umožní mu tak vytvořit si jeho vlastní reprezentaci.

Pokud však pečovatel na stav dítěte reaguje nepřesně či nevhodně, schopnost mentalizace je narušena, dítě se nenaučí uvědomovat si, co se s ním děje, a tak nemůže adekvátně reagovat na potřeby sebe a druhých. Psychoterapeut se pak snaží vytvořit prostředí a vztah, ve kterém se pacient může lépe naučit mentalizovat.^(12,28) Obdobně je možné pracovat i s rodinou pacienta.

K dalším psychoterapiím, které jsou adaptovány pro adolescenty, patří **terapie zaměřená na přenos** (transference-focused psychotherapy, TFP), vycházející z psychoanalýzy. Pracuje s teorií objektních vztahů a za cíl si klade pomoci pacientovi vytvořit integrované reprezentace sebe i druhých a také ovlivnit agresivní i autoagresivní chování.^(12,29) Existuje ale i řada dalších, méně rozšířených terapeutických přístupů, jako je například terapie zaměřená na léčbu problémů identity adolescentů⁽¹²⁾ nebo terapie zaměřená na schémata (schema-focused therapy).⁽³⁰⁾

ZAPOJENÍ RODINY DO LÉČBY

Předchozí uvedené psychoterapie se původně soustředily na práci s individuálním pacientem a zapojení rodiny bylo přidáno až jako doplněk individuální terapie. Oproti tomu rodinné a systemické přístupy se primárně zaměřují na práci s rodinou jako systémem. Zdá se, že větší integrace rodinného přístupu je přínosným krokem.^(15,31) Možností zapojení je více. Rodiče se mohou zapojit do některých terapeutických sezení nebo může rodinná terapie probíhat paralelně s individuální psychoterapií. Existují ale i programy, které jsou zaměřené přímo na rodinné příslušníky, například formou skupinové terapie více rodin. V praxi je tato forma péče integrována zejména v programech založených na DBT a MBT.⁽³¹⁾

Pokud je rodinná terapie integrovaná do ucelených programů, jako například u DBT, obvykle jsou obsahem rodinné terapie nácviky technik komplementární k programu pro jednotlivce.⁽³¹⁾ Další možnost, jak integrovat rodinnou terapii do léčby emočně nestabilních adolescentů, je zaměření na interpersonální faktory. Například může jít o zvyšování laskavosti a vřelosti vztahů pomocí zaměření na vztahovou vazbu, práci se studem, terapii zaměřenou na komunikaci v rodině a adaptivní zvládání konfliktů, redukci hádek a násilí v rodině nebo společný management šikany a viktimizace, která probíhá mimo prostředí rodiny.⁽¹⁵⁾

Na druhou stranu, zapojení rodinných příslušníků nemusí vždy být vhodné. Terapie zaměřená na přenos uvádí možnosti zapojení rodiny dle tří úrovní fungování. Pokud rodina funguje a dynamika je příznivá, rodiče působí spíše jako partneři v léčbě a zasahují do procesu, pouze pokud hrozí nebezpečná situace, jinak je pacient podporován v autonomii a přijetí zodpovědnosti. Pokud dynamika rodiny není optimální, rodinná terapie má cílit na zmírnění konfliktních interakcí. A nakonec pokud je rodina výrazně dysfunkční (například pokud jeden člen rodiny trpí neléčenou duševní poruchou či závislostí), cílem rodinné terapie je chránit dítě před nadměrným přijímáním odpovědnosti a zmírňovat negativní důsledky situace.⁽¹²⁾

ZÁVĚR

Rodina má pro vývoj adolescenta zásadní význam. Existuje více teoretických i praktických myšlenkových směrů, které zkoumají a snaží se vysvětlit význam komplexních interakcí mezi dospívajícím jedincem, jeho rodiči a dalšími osobami. Hledání vyváženého přístupu mezi vedením, poskytováním emočního zázemí a podporou autonomie je společné všem

přístupům. Informace, ke kterým se dostává veřejnost, často působí zjednodušeně a mohou být zavádějící. Proto může být čas strávený komunikací s rodinou stěžejní pro dobrý průběh léčby. Systematické zapojení rodiny do léčby je obvykle vhodné, problém může být kapacita odborníků poskytujících pedopsychiatrickou či psychologickou péči. |

LITERATURA

1. **Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC.** The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health* 2018; 2(3): 223–228.
2. **Casey BJ, Jones RM, Hare TA.** The adolescent brain. *Ann N Y Acad Sci* 2008; 1124: 111–126.
3. **Sebastian C, Burnett S, Blakemore SJ.** Development of the self-concept during adolescence. *Trends Cogn Sci* 2008; 12(11): 441–446.
4. **Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, et al.** Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56(3): 345–365.
5. **Racine N, McArthur BA, Cooke JE, et al.** Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2021; 175(11): 1142–1150.
6. **Herpertz-Dahlmann B, Bühren K, Remschmidt H.** Growing up is hard: mental disorders in adolescence. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(25): 432–9.
7. **Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, de La Rivière SG.** Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther* 2018; 9: 199–210.
8. **Kocourková J, Koutek J, Strnadová T, Kantor K.** Emočně nestabilní adolescenti – diagnostika a terapie. *Psychiatr praxi* 2024; 25(3): 120–124.
9. **Bach B, First MB.** Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 351.
10. **Kantor K, Kocourková J.** Možnosti zapojení rodiny v léčbě emočně nestabilních adolescentů. *Psychiatr praxi* 2023; 24(3): 161–164.
11. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). VA: American Psychiatric Association 2022.
12. **Weiner AS, Ensink K, Normandin L.** Psychotherapy for borderline personality disorder in adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 2018; 41(4): 729–746.
13. **Patton GC, Coffey C, Romaniuk H, et al.** The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *Lancet* 2014; 383(9926): 1404–11.
14. **Kocourková J, Koutek J.** Emočně nestabilní adolescenti a možnosti jejich ovlivnění. *Čes Slov Psychiat* 2022; 118 (2): 81–84.
15. **Bean RA, Keenan BH, Fox C.** Treatment of adolescent non-suicidal self-injury: A review of family factors and family therapy. *Am J Fam Th* 2022; 50(3), 264–279.
16. **Liddle HA, Schwartz SJ.** Attachment and family therapy: clinical utility of adolescent-family attachment research. *Fam Process* 2002; 41(3): 455–76.
17. **Baumrind, D.** Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 1971; 4(1, Pt. 2): 1–103.
18. **Spera C.** A review of the relationship among parenting practices, parenting styles, and adolescent school achievement. *Educ Psychol Rev* 2005; 17: 125–146.
19. **Lorence B, Hidalgo V, Pérez-Padilla J, Menéndez S.** The role of parenting styles on behavior problem profiles of adolescents. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(15): 2767.
20. **Wermter AK, Laucht M, Schimmelmann BG, et al.** From nature versus nurture, via nature and nurture, to gene x environment interaction in mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19(3): 199–210.
21. **Gunderson JG, Lyons-Ruth K.** BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *J Pers Disord* 2008; 22(1): 22–41.
22. **Steele KR, Townsend ML, Grenyer BFS.** Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLoS One* 2019; 14(10): e0223038.
23. **Laporte L, Paris J, Zolkowitz P.** Estimating the prevalence of borderline personality disorder in mothers involved in youth protection services. *Personal Ment Health* 2018; 12(1): 49–58.
24. **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.
25. **Lee SSM, Keng SL, Hong RY.** Validating the biosocial model of borderline personality disorder: Findings from a longitudinal study. *Dev Psychopathol* 2024; 36(4): 1752–1762.
26. **Látalová A, Linhartová P, Kašpárek T.** Dialektická behaviorální terapie u pacientů s hraniční poruchou osobnosti: literární přehled. *Čes Slov Psychiat* 2021; 117 (1): 26–32.
27. **Linehan MM.** Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press 1993.
28. **Fonagy P, Rossouw T, Sharp C, et al.** Mentalisation-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.
29. **Normandin L, Weiner A, Ensink K.** Transference-focused psychotherapy for adolescents with personality disorders. *Psychodyn Psychiatry* 2021; 49(2): 215–243.
30. **Roelofs J, Muris P, van Wesemael D, et al.** Group-schematherapy for adolescents: results from a naturalistic multiple case study. *J Child Fam Stud* 2016; 25: 2246–2257.
31. **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; 60(1): 134–144.