

Dimenzionální přístup k diagnóze poruchy osobnosti umožňuje vidět spektrum poruchy, rozlišit její závažnost a správně indikovat terapeutické postupy. 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, 4, 5, 6).

### Výskyt a klinické projevy

Uvádí se, že prevalence hraniční poruchy osobnosti s emočně nestabilními rysy v celkové populaci adolescentů dosahuje úrovně kolem 3 % (4). Údaje jsou závislé na charakteru klinické populace, například u suicidálních adolescentů přicházejících na psychiatrickou pohotovost se počet zvyšuje. Z hlediska pohlaví převažují dívky (až tři čtvrtiny pacientů).

Charakteristickými projevy u emočně nestabilních adolescentů jsou výkyvy nálady, afektivní nestabilita, impulzivita, sebepoškození 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 podhodnocovány. Dle Cavelti, et al. (7, 8) tyto příznaky prokazují více podobností než rozdílů u osob s hraniční poruchou osobnosti a osob s psychotickými poruchami a dále to, že přítomnost psychotických symptomů u hraniční poruchy osobnosti je ukazatelem závažnosti poruchy a rizikovým faktorem například ve vztahu k suicidalitě. Přehledová práce k této tematice (9) poukazuje na výskyt auditivních halucinací, které mohou být asociovány s posttraumatickou stresovou poruchou a historií dětské traumatizace (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. Jde o charakteristiku korespondující s kritérii hraniční poruchy osobnosti dle DSM-5 (11):

### Diagnostická kritéria hraniční poruchy osobnosti dle DSM-5

1. Horlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění.
2. Vzorec nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů charakterizovaný kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací.
3. Porucha identity: výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama.
4. Impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebepoškození (např. utrácení peněz, sex, abúzus látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvaty přejídání).
5. Opakující se suicidální jednání, gesta a pohružky nebo sebepoškozující chování.
6. 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).
7. Chronické pocity prázdnoty.
8. Nepřiměřený, intenzivní vztek či potíže s ovládnutím vzteku (např. častá náladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty).
9. V reakci na stres přechodné paranoické projevy a těžké disociativní symptomy).

### Sebepoškození a suicidální chování

Sebepoškození a suicidální projevy jsou typickými příznaky emočně nestabilních adolescentů, představují spektrum závažnosti a jsou častou indikací pro psychiatrickou a psychoterapeutickou intervenci. Zároveň vedou k problémům v rámci rodiny, školy, ve vrstevnických vztazích i ve vztahu k zdravotnickému systému a terapii. Charakter sebepoškození a závažnost suicidálního rizika je třeba zvažovat při rozhodování o indikaci k typu péče, ať již ambulantního typu nebo hospitalizace.

**Diagnostický manuál DSM 5** (11) navrhuje samostatná diagnostická kritéria pro poruchy, na které by se měl zaměřit další výzkum, mezi jinými také odděleně Poruchu se suicidálním chováním a Nesuicidální sebepoškození.

Odlišení nesuicidálního sebepoškození a poruchy se suicidálním chováním je dle DSM 5 precizní a dobře použitelné pro výzkumné účely. Klinická praxe však ukazuje, že posuzování autodestruktivního chování adolescentů je méně ohraničitelné, nemusí splňovat všechny znaky popsaných kategorií, u pacientů se může zároveň vyskytovat sebepoškození i suicidální chování.

### Nesuicidální sebepoškození

Nesuicidální sebepoškození je považováno za sebezraňování bez suicidálního úmyslu (12). Představuje závažný problém zejména v adolescentním věku. Nesuicidální sebepoškození se pojí s dalšími problémy (například deprese, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti, posttraumatická stresová porucha), může se ale vyskytnout i u neklinické populace. Konfrontace se sebepoškozujícím se adolescentem je náročná a zejména u dospělých autorit vede často k vyhoceným emočním reakcím, jako je strach, zlost, pocity viny. Nesuicidální sebepoškození je nejčastěji popisováno ve spojení s opakovaným povrchoým sebezraňováním, nejčastěji se sebepořezáváním, pálením se, škrábáním, bitím, většinou, ale ne vždy, bez závažného poškození tělesného stavu (13). Jinou formou může být opakovaná intoxikace (nejčastěji psychofarmaky), která nemá suicidální cíl. Bývá upozorňováno na návykový charakter sebepoškození, s projevy bažení, narůstajícího vzrušení a vybití, které aktem sebepoškození přináší úlevu spojenou s potřebou opakování. Sebepoškození může ve svém průběhu vést k zesilování způsobů sebezraňování, a představuje zřetelné riziko pro následující suicidální chování. Motivy pro sebepoškození bývají většinou vysvětlovány jako přání adolescenta získat úlevu a oslabit prožitek mentálního diskomfortu, nicméně údaje, které ve verbální podobě od pacienta získáme, nemusí být plně spolehlivé a mohou mít charakter dodatečných racionalizací, nebo vědomých manipulativních tendencí.

### Suicidální chování

Sebevražda v adolescenci je jednou ze tří příčin smrti v období mezi 15–24 roky. Pojem suicidální chování zahrnuje široké spektrum, začínající suicidálními myšlenkami a tenden-