

cemi, přes suicidální pokus, až po dokonané suicidium. Ve vztahu k pohlaví, stejně jako v celé populaci, u dokonaných sebevražd v adolescenci výrazně převažují chlapci nad dívkami. Prostředky užívané pro suicidální chování jsou odlišné, u dívek převažuje intoxikace medikamenty, u chlapců převažují tzv. tvrdé metody, jako je strangulace nebo střelná zbraň. V adolescentním období převažují sebevražedné pokusy dívek. Suicidální chování je výsledkem multifaktoriálního procesu, na jehož průběhu i vyústění se podílí více vlivů (14). Uváděný motiv bývá spíše spouštějícím než příčinným faktorem, který vede k realizaci tohoto rizikového jednání. Důležitou úlohu hrají primární psychiatrické poruchy, osobnostní rysy a aktuální situační zátěžové okolnosti a konflikty. Výskyt suicidia v rodině, případně suicidálních proklamací blízkých osob, může být určitým modelem řešení krizových situací. S rizikem suicidálního jednání je častá souvislost s depresí a nezřídkem je neočekávaný suicidální pokus prvním zjevným příznakem závažné afektivní poruchy. Úzká souvislost je též mezi sebevražedným jednáním a závislostí na alkoholu a návykových látkách, kdy je alkohol nebo jiná návyková látka užitá před suicidálním jednáním. V adolescentním věku má význam disharmonický vývoj osobnosti, zejména spojený s emoční nestabilitou a impulzivitou. V současnosti vidíme více než dříve pacienty s poruchou pohlavní identity, genderovou dysforií, u nichž je sebepoškozování nebo suicidální chování častým důvodem pro psychiatrickou intervenci.

Úskalí v kontaktu s emočně nestabilním adolescentem

Do psychiatrické péče přivádí tyto adolescentní pacienty nejčastěji úzkostné a depresivní potíže, závažné sebepoškozování, suicidální chování a související problémy ve vztazích v rodinném i vrstevnickém prostředí. Symptomatika sebepoškozování a suicidálního chování znepokojuje jak rodiče, tak i další dospělá, kteří přebírají odpovědnost (učitelé, vychovatelé, zdravotničtí pracovníci). Suicidální chování u adolescentů představuje indikaci pro hospitalizaci, i když může vykazovat manipulativní charakteristiky. V počátečním diagnostickém kontaktu není vždy snadné odlišit suicidální motivaci od nesu-

cidálního 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 zdravotníků, zejména musí-li v krizové situaci rozhodovat o dalším řešení. Podobně jako u rodičů, 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. První kontakt s emočně nestabilním adolescentem může být podstatný pro spolupráci a motivaci k další léčbě. 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, tak aby na jedné straně došlo ke stabilizaci duševního stavu a oslabení suicidálního rizika, na druhé straně je potřeba předejít přílišnému „zabydlení“ na psychiatrickém oddělení.

Terapeutické přístupy

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, původně vytvořené pro léčbu dospělých, byly modifikovány pro psychoterapii hraničních pacientů

v adolescentním věku. Příkladem jsou následující terapeutické modely:

Dialektická behaviorální terapie (Dialectical behavior therapy) (15, 16) je adaptovaná pro použití v adolescentním věku. Jde o syntézu behaviorální terapie a dialektické filozofie, se zaměřením na emoční dysregulaci, nízkou toleranci ke stresu a interpersonální obtíže.

Terapie založená na mentalizaci (Mentalization-based therapy) (17, 18, 19) je integrativní terapeutický přístup zaměřený na zlepšení mentalizační funkce (kapacity porozumět a predikovat duševní stavy a chování u sebe sama i druhých osob). Pomáhá zejména ke stabilizaci emočního prožívání a zlepšení interpersonálních vztahů.

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. Cílem je zlepšení v oblasti regulace emocí, autodestruktivního chování a zlepšení v oblasti interpersonálních vztahů.

Schéma terapie (Schema therapy) je integrativní směr, který rozvíjí kognitivně behaviorální terapii, s integrací teorie vazby, gestalt terapie a na emoce zaměřené terapie. Přístup je modifikován pro terapii dětí a adolescentů, zahrnuje práci s rodinou.

Terapie zaměřená na léčbu problémů identity adolescentů (Adolescent Identity Treatment) (20). 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.

Dialektická behaviorální terapie

Psychoterapeutický přístup, v současné době rozvíjený na řadě pedopsychiatrických pracovištích, je dialekticko behaviorální terapie (dále DBT) (15). Jde o psychoterapeutický program založený americkou psycholožkou Marshou M. Linehanovou. Je založen na kombinaci přístupu dialektické filozofie a behaviorální terapie. Dialektikou rozumíme hledání syntézy u dvou zprvu protichůdných polarit, a tedy tzv. „zlaté střední cesty“. V rámci dialektického přístupu DBT využívá takzvaná