

v adolescenci objevuje, je syndrom „nesuicidálního sebepoškození“ (non-suicidal self injury) (6). Tento syndrom je v literatuře již etablovaným pojmem. Ačkoliv není vnímán jako samostatná diagnóza, existují návrhy na jeho diagnostická kritéria (7). Komorbidní porucha osobnosti byla diagnostikována pacientům se syndromem nesuicidálního sebepoškození v 70 %, přičemž o emočně nestabilní poruchu se jednalo v 50 % a další významnou část (kolem 30 %) pak tvořila diagnóza vyhýbavé poruchy osobnosti (6).

Epidemiologie

Epidemiologické studie udávají výskyt emočně nestabilní poruchy u adolescentů v širokém rozptylu. Například u 14letých adolescentů různé studie uváděly výskyt od 0,9 % do 26 % (8). Tyto rozdíly jsou dány jednak nejednoznačnými kritérii a také nesouladem v metodologických studiích. Autorský kolektiv Guilého et al. uvádí konzervativní odhad výskytu hraniční poruchy osobnosti u adolescentů na 3 %, přičemž za smysluplné považují diagnostikovat tuto poruchu už od 11 let (8). Pozoruhodné je, že u adolescentů přicházejících na pohotovost pro suicidální úvahy byl zjištěn výskyt emočně nestabilní poruchy osobnosti až v 76 % (9).

Léčba emočně nestabilní poruchy osobnosti

V současnosti existuje několik na důkazech založených manualizovaných psychotherapeutických přístupů k emočně nestabilní poruše osobnosti v adolescenci. Jedná se o adaptované programy pro léčbu emočně nestabilní poruchy osobnosti v dospělosti, vesměs jde o integrativní postupy (5). Recentní metaanalýza sedmi studií zabývajících se těmito psychotherapiemi prokázala efektivitu na příznaky emočně nestabilní poruchy a sebepoškození. Otázkou zůstává udržitelnost navozených změn v dlouhodobém horizontu a cílení na další domény příznaků (10).

V klinické praxi se často uplatňuje i farmakoterapie, i když její opodstatněnost je v rámci doporučených postupů limitovaná. Omezuje se prakticky na léčbu komorbidních poruch – úzkostných poruch, poruch nálady, či ADHD. U suicidální krize se uvádí možnost přechodné preskripce antipsychotik 2. generace jako doplňku k psychotherapeutickému vedení. Užití benzodiazepinů se pro jejich návykový potenciál nedoporučuje (8).

Nejrozšířenější psychotherapií, která nachází uplatnění i v našich podmínkách, je dialektická behaviorální terapie (Dialectical Behavior Therapy; DBT) v adaptaci po adolescenty (5). DBT je založena na biosociálním modelu poruchy, kdy její příčinu vidí v interakci vrozené predispozice (dysregulace emocí) a vlivů prostředí (prostředí znehodnocující emoční prožívání jedince). Kombinace těchto faktorů pak vede k tomu, že pacient rozvine alternativní, maladaptivní způsoby emoční regulace. Ty se pak projevují jako symptomatika emočně nestabilní poruchy osobnosti. Principem léčby je pak validace emočního prožívání pacienta a zároveň změna nevhodných způsobů regulace emocí. Cílem terapie je behaviorální stabilizace pacienta (11, 12).

Dalším terapeutickým přístupem, který je adaptován pro adolescenty, je terapie založená na mentalizaci (Mentalisation-Based Therapy; MBT). V modelu MBT je za příčinu poruchy považováno narušení mentalizace, tedy schopnosti uvědomovat si vlastní vnitřní procesy a i vnitřní procesy ostatních. Schopnost mentalizace se dle teorie vyvíjí prostřednictvím rané citové vazby (attachment) – pečovatel je schopen uvědomovat si duševní stav dítěte, zrcadlit ho a umožnit mu tak vytvořit si jeho vlastní reprezentaci. Pokud však pečovatel na stav dítěte reaguje nepřesně či nevhodně, schopnost mentalizace je narušena, což v konečném důsledku vede k chování spojenému s emočně nestabilní poruchou osobnosti. Cílem terapie je proto vytvoření prostředí a vztahu, ve kterém se pacient učí uvědomovat si duševní procesy sebe samotného i ostatních (5, 13).

Terapie zaměřená na přenos (Transference-Focused Psychotherapy; TFP) také byla adaptována pro adolescenty. Pracuje s modelem objektních vztahů (object relationships) v kontextu přenosu. V tomto modelu je emočně nestabilní porucha důsledkem narušené integrace osobnosti, která se projevuje na úrovni organizace osobnosti. Terapeut se snaží pomoci pacientovi vytvořit integrované reprezentace sebe a druhých, což umožní přijmout důvěru v sebe i ostatní. Léčba cílí na regulaci svého chování, zejména sebedestruktivního, tvorbu vztahů a snahu o smysluplné aktivity včetně školy či práce (5, 14).

Všechny tyto terapeutické postupy obsahují i doporučení pro práci s rodinou. Pro úplnost doplníme, že dalšími zkoumanými terapeutickými přístupy u adolescentů je například „Kognitivně-analytická terapie“ (Cognitive-Analytical

Therapy) „Tréning regulace emocí“ (Emotion regulation training) (5), nebo „Terapie zaměřená na léčbu problémů identity adolescentů“ (Adolescent Identity Treatment) (1). Terapie zaměřená na schémata (Schema-focused therapy) je také přístup, který umožňuje i adaptaci pro adolescenty, včetně práce s rodinou. Další výzkum je však nutný (15). Podobně také kratší cílený léčebný postup nazývaný „General psychiatric management“ (GPM) byl recentně adaptován pro adolescenty (16).

Význam rodiny

Model zranitelnosti a stresu je běžně přijímaným patogenetickým modelem emočně nestabilní poruchy osobnosti. Na vývoji poruchy se zřejmě podílí komplexní interakce genetikých a environmentálních (zejména vztahových) faktorů. Tyto faktory zranitelnosti se v podstatě schází v prostředí rodiny a vztahu mezi dítětem a rodičem. Situace by se teoreticky dala shrnout tak, že děti, které jsou temperamentní, hůře zkliditelné, „náročnější na výchovu“, mohou být vychovávány dospělými, kteří jsou náchylnější k nevhodným výchovným praktikám a sami mají potíže s regulací emocí a zvládnutím sociálních situací (17). Faktory na straně rodičů jsou předmětem rozsáhlého výzkumu. „Maladaptivní rodičovství“ se jeví jako jeden z významných rizikových faktorů pro vznik emočně nestabilní poruchy osobnosti. Komplikací může být rozličná interpretace tohoto pojmu (18).

Pozornost si zaslouží například studie mladistvých, kteří byli sledováni orgány pro ochranu dětí pro týrání, zneužívání návykových látek či domácí násilí. Autoři odhadli, že až třetina matek těchto dětí trpěla hraniční poruchou osobnosti. Navíc téměř polovina matek z této skupiny byla v dětství sledována orgány pro ochranu dětí v důsledku týrání (19). Jiný pohled na vertikální přenos hraniční poruchy osobnosti přináší metaanalýza zaměřená na potomky matek s diagnózou hraniční poruchy osobnosti. Výsledky naznačují, že roli hraje ambivalentní přístup v rodičovství, na jednu stranu přehnanou ochranu a omezování autonomie a na druhou stranu odtažitost a hostilní postoje vůči dítěti. Jako problém se nejvíce nedostatek zájmu o dítě, spíše problém v absenci specifických vztahových schopností či dovedností. Děti matek s emočně nestabilní poruchou osobnosti jsou ve zvýšeném riziku rozvoje duševních potíží