

obecně a také poruchy osobnosti specificky. Jako protektivní faktor se jeví bezpečná vztahová vazba (20). Kromě negativního dopadu na dítě samotné je také rodičovská patologie asociována s horším vztahem mezi rodičem a dítětem (18). Je nutno zmínit, že výzkum v této oblasti je limitován nekonzistencí terminologie a je více zaměřen na roli matky na úkor dalších členů rodiny. Chybí také prospektivní studie.

Zkoumán byl také koncept vyjádřených emocí, který je znám ze studií u schizofrenie a jiných duševních poruch. Studie 35 dospělých pacientů zkoumala dopad vyjádřených emocí v rodině na průběh emočně nestabilní poruchy osobnosti v horizontu jednoho roku. Překvapivě, v protikladu k výzkumu jiných duševních poruch, kritické postoje rodiny nebyly asociovány s horším průběhem. Naopak přehnaná emoční angažovanost rodiny byla spojena s nižší mírou rehospitalizace pacientů. Autoři tyto výsledky interpretují tak, že přehnaná emoční angažovanost může pozitivně působit jako vyjádření validace prožívání pacientů (21).

Na druhou stranu, pečovatelé a blízcí pacientů s emočně nestabilní poruchou osobnosti také nezůstávají neovlivněni. Rodiče a jiní příbuzní emočně nestabilních adolescentů uváděli vyšší úroveň stresové zátěže, negativních zkušeností, vyjádřených emocí a maladaptivních zvládacích strategií v porovnání s běžnou populací. Tyto nepříznivé důsledky byly stejně významné i v porovnání s pečovateli o mladé pacienty s jinými zdravotními potížemi (22).

Randomizovaná kontrolovaná studie, která také analyzovala zátěž pečovatelů zapojených do léčby adolescentů, naznačila, že blízcí zapojení ve více intenzivní léčbě nevykazovali vyšší úroveň zátěže. Úroveň zátěže pečovatelů byla negativně ovlivněná závažností emočně nestabilní symptomatiky na konci terapie, naopak spokojenost s léčbou byla asociována s vyšší závažností symptomatiky na začátku léčby. Jako obzvláště riziková skupina stran vysoké zátěže byly shledány biologické matky (23).

Zapojení rodiny do léčby

Zapojení rodinných příslušníků do léčby emočně nestabilních adolescentů (ale i dospělých) je žádoucí a je součástí terapeutických programů. V práci s adolescenty je kontakt s rodiči stěžejní už při kontraktování terapie a rozhodování o léčbě vůbec (5).

Možností zapojení je více. Jednou z možností je zapojení rodiny do některých terapeutických sezení. Další možností je terapie, která probíhá paralelně a obsah sezení je pro pacienta a rodinu odlišný, ale léčba je cílená na pacienta. Jiný přístup pak využívají některé programy, které jsou zaměřené přímo na rodinné příslušníky. Mohou probíhat formou skupinové terapie více rodin. Ačkoliv se nejedná o programy zaměřené výhradně na adolescenty, můžeme uvést adaptaci DBT pod názvem „Family connections“, psychoedukační programy, nebo programy založené na MBT. Mimo edukaci je náplní programů také nácvik dovedností, které vychází buďto z DBT, nebo MBT a podobají se nácviku dovedností, které se učí pacienti (24).

Program „Family connections“ je rozšířený i díky tomu, že v zahraničí se školiteli stávají i rodiny, které program absolvovaly a tvorba podpůrné sítě je součástí programu jako takového. Jedná se o skupiny probíhající jednou týdně, obvykle po dobu 12 týdnů. Součástí skupin je edukace o současných poznatcích a možnostech léčby. Další moduly jsou zaměřené na individuální dovednosti (analogické DBT dovednostem) a na rodinné dovednosti, které cílí na zlepšení vztahů a interakcí v rámci rodiny. Na něj navazuje modul zaměřený na komunikaci, vyjádření vlastních postojů a validaci emočního prožívání a poslední modul se věnuje řešení problémů (25). Program se jeví být efektivní v podpoře adaptivních zvládacích mechanismů pacienta, posílení podpory v rámci rodiny a zlepšení vztahů (24).

Otázkou je, do jaké míry je vhodné zapojovat rodinné příslušníky, kteří sami trpí duševní poruchou, případně jestli by jejich zapojení v tomto případě mělo mít nějaká specifika. Na tyto případy poskytuje náhled přístup terapie zaměřené na přenos, kde se doporučuje rozlišit tři možnosti zapojení rodiny v terapii adolescentů:

- Pokud je dynamika rodiny příznivá, působí rodiče spíše jako partneři v léčbě. Pacient sám je podporován v autonomii a přijetí zodpovědnosti. Rodiče zasáhnou, pokud pacient ohrožuje sám sebe, druhé, nebo průběh terapie.
- Rodinná terapie jako taková má být použita k zmírnění konfliktních interakcí.
- Pokud je přítomna výrazná dysfunkce rodiny, jako je například závažná duševní porucha či závislost rodiče, nebo se rodič nezapojuje,

cílem terapie je zmírnit negativní důsledky vyplývající ze situace a chránit pacienta před přijímáním odpovědnosti za rodiče (5).

Praktická aplikace s příklady

Práce s rodinou emočně nestabilních adolescentů je komplexní stejně jako terapie samotných pacientů. Výzkum naznačuje, že protektivní roli může hrát bezpečná vztahová vazba a pozitivně může působit schopnost nahlížet na duševní stavy sebe samotného i ostatních (mentalizace), přiměřené sebevyjádření s respektem k emočním potřebám druhého (validace a požadavek na změnu), nebo přístupy zaměřené na integraci osobnosti. Při práci s rodinou jsou zásady podobné, jako při práci s pacientem samotným – důležitý je pevný rámec terapie, zaměření na vztahy, zvládání emocí, řešení problémů, včetně potenciálně ohrožujících autodestruktivních aktivit a proaktivní přístup terapeuta s důrazem na aktivní nácviky. Na naší klinice pracujeme s akutně hospitalizovanými adolescenty, horizont terapie je kratší, ale některé z těchto prvků lze integrovat i do běžné klinické práce.

Z praxe můžeme uvést případ 13leté dívky s emočně nestabilními rysy, hospitalizované pro suicidální úvahy a sebepoškozování hraničící až s mírnými suicidálními pokusy. Výrazný zvrat nastal ve chvíli, kdy rodič začal vnímat potíže dcery jako důsledek traumatizujících událostí (nezávisle na terapii). V návaznosti na to se změnil jeho postoj k dceři, což mělo pozitivní následek na vztah a i na stav dítěte – mohli bychom říct, že tak validoval emoční prožívání dítěte. Pacientka subjektivně prožívala pocit, že se za ni rodič postavil a je pro něj důležitá. Suicidální myšlenky se výrazně zmírnily, až vymizely, zmírnilo se také sebepoškozování. Přesto ale v rodině opět začalo docházet ke konfliktům při pokusu o nastavování režimu. Nově posílený vztah potom mohl poskytnout základ pro nácvik komunikace o pravidlech, které mají být doma zavedeny. Pro léčbu tak byla potřebná jak validace, tak nastavení limitů v chování. Do budoucna byla doporučena další rodinná terapie.

Další příklad práce s rodinou můžeme uvést na případu 15leté dívky s emočně nestabilními rysy, která byla taktéž hospitalizována pro suicidální úvahy. Rodiče žili spolu, ale zastávali odlišné postoje. Matka byla velmi emočně angažovaná, naopak otec zastával