

dialektická dilemata – radikální přijetí pacienta takového, jaký je versus tlak na změnu; zranitelnost jedince versus sebedevalvací; v případě adolescentů také přílišná shovívavost ze strany rodičů versus autoritativní výchova a mnohá další. Dialektický přístup je kombinován s principy behaviorální terapie, jako je nácvik nových dovedností a pochopení principů vlastního chování.

Marsha Linehanová udává etiologii emočně nestabilní poruchy osobnosti jako kombinaci biologické zranitelnosti jedince (citlivý temperament, zvýšená pohovotovost k emocím) a devalvačního prostředí (bagatelizace obtíží z blízkého okolí a podobně). Takové prostředí dále zvyšuje emoční prožitky a při dlouhodobém působení zvyšuje emoční dysregulaci. DBT chápe emočně nestabilní poruchu osobnosti jako pervazivní onemocnění, kdy v důsledku dysregulace emocí (výkyvy nálad, nepřiměřený vztek) dochází i k dysregulaci chování (sebeпоškozování, suicidalita, impulzivita), dysregulaci mezilidských vztahů (snaha vyhnout se opuštění, intenzivní a nestabilní mezilidské vztahy), dysregulaci vnímání sebe sama (porucha identity, pocity prázdnoty) a dysregulaci kognice (disociativní epizody, pocity paranoidity, pseudo/halucinace).

Součástí DBT terapie je standardně skupinová terapie, individuální terapie, telefonický koučink a konzultační skupiny terapeutů. V případě adolescentů se přidává ještě edukace rodičů. Klíčovou součástí DBT je trénink dovedností ve skupině. Zde se pacienti učí dovednosti v oblastech, které jsou pro ně problematické: všímavost (mindfulness), tolerance nepříjemných emocí, regulace emocí, zlatá střední cesta a efektivita v mezilidských vztazích.

Vzhledem k prudkému nárůstu pacientů s problematikou emoční nestability jsme na Dětské psychiatrické klinice FN Motol implementovali prvky DBT i do našeho terapeutického programu. Bylo k tomu potřeba určitých úprav, neboť máme výhradně akutní příjmová oddělení a navíc trpíme v posledních třech letech téměř neustále kritickou lůžkovou nedostatečností. V našich podmínkách prozatím program sestává výhradně z tréninku dovedností ve skupině a z konzultačního týmu terapeutů. Program

je třítydenní a představujeme v něm základní principy a dovednosti DBT.

U tréninku dovedností bývají přítomni dva terapeuti a účastní se 8–12 pacientů. Cílem je naučit pacienty základní copingové mechanismy pro zvládání zátěžových situací, zvýšit jejich motivaci ke změně, předat základní terapeutické principy a dovednosti DBT pro pokračování v terapeutické práci i po dimisi. Během třítydenního programu pacienti absolvují deset hodinových sezení včetně orientačního a závěrečného sezení. Před zahájením DBT pacienta edukujeme o problematice emoční nestability, představujeme plán skupinových terapií, budujeme motivaci ke změně. Součástí DBT je i písemný souhlas pacienta s účastí v programu. Výhledově plánujeme zavést také informační setkání pro rodiče pacientů v DBT programu.

Zapojení rodiny v léčbě

Emoční nestabilita a z ní plynoucí poruchy vývoje osobnosti mají komplexní multifaktoriální příčinu. V rodinném prostředí se pak setkávají jak genetické, tak environmentální faktory zranitelnosti. Temperamentní a hůře zklidnitelné děti jsou mnohdy vychovávány dospělými, kteří jsou náchylnější k nevhodným výchovným praktikám a sami mohou mít potíže s regulací emocí a zvládání sociálních situací (21). Studie zaměřující se na roli rodiny ve vývoji emočně nestabilní osobnosti patologie uvádí jako rizikový faktor nepřesně definované „maladaptivní rodičovství“ (22). Výzkum zaměřený na přenos patologie z matek s emočně nestabilní poruchou osobnosti na potomky kladl důraz na ambivalentní přístup rodiče k dítěti, oscilující mezi přehnanou ochranou a omezováním autonomie a hostilními postoji vůči dítěti. Mezi protektivními faktory uváděl bezpečnou vztahovou vazbu (23). Recentní studie adolescentů spojovala prvky emočně nestabilní poruchy osobnosti s vnímanými kontrolujícími, odmítavými, nebo chaotickými rodičovskými styly (24).

Zapojení práce s rodinou do léčby emočně nestabilních adolescentních i dospělých pacientů je tak intuitivním krokem. Jednou z možností je rodinná terapie vycházející ze systemických směrů (25), ale problémem pro praktickou aplikaci a výzkum je absence manualizované formy této terapie. Směry, které

byly původně zaměřeny na terapii pacientů s emočně nestabilními rysy se o integraci práce s rodinou do svých postupů snaží také. Dialektická behaviorální terapie a terapie zaměřená na mentalizaci často pracují s pacienty ve skupině a zapojení rodiny tak může probíhat formou společných skupinových sezení, kterých se kromě pacientů účastní i rodinní příslušníci. Existují také programy zaměřené pouze na příbuzné. V těchto případech se rodinní příslušníci zdokonalují ve stejných dovednostech v jakých se zdokonalují sami pacienti (26). V programu založeném na DBT budou rodinní příslušníci nacvičovat techniky spojené se zvládáním emočních stavů, mindfulness a komunikací – včetně vyjadřování validace a požadavků na změnu. V terapii založené na mentalizaci se pak blízcí v určité míře sami zdokonalují v mentalizaci. Z dostupných zdrojů se jeví, že zapojení do terapeutických programů obvykle rodinní příslušníci nevnímají jako zátěž navíc (27).

Farmakoterapie

Kauzální farmakoterapii emočně nestabilní osobnosti k dispozici nemáme (28), nicméně použití psychofarmak v léčbě je možné a v praxi se často vyskytuje. U adolescentů podobně jako u dospělých v případě poruchy osobnosti je indikováno využití psychofarmak v časově omezeném horizontu, se zaměřením na cílenou léčbu příznaků a komorbidit. Je však možné je použít k dlouhodobému ovlivnění některých osobnostních rysů (29). V dětské a dorostové psychiatrii používáme k ovlivnění výkyvů nálady směrem k depresivnímu prožívání zejména antidepresiva typu SSRI. V současné době jsou pro tento věk povoleny preparáty sertralin a fluoxetin a fluvoxamin, dobré zkušenosti však máme i s dalšími léky, např. citalopram, escitalopram, jejichž použití je však tzv. off-label. V některých případech, zejména tam, kde je emoční instabilita spojená s poruchami spánku, je možné využít mirtazapin nebo trazadon, u hlubší deprese pak venlafaxin, i tyto preparáty mimo skupiny SSRI nejsou povoleny pro dětský a dorostový věk. Kromě antidepresivní medikace jsou nezdědkou používána neuroleptika s náladu stabilizujícím účinkem, především kvetiapin nebo aripiprazol. Použití thymostabilizérů není v dětském a adolescentním věkovém období časté.