

Možnosti zapojení rodiny v léčbě emočně nestabilních adolescentů

MUDr. Kryštof Kantor^{1,2}, doc. PhDr. Jana Kocourková³

¹Dětská psychiatrická klinika FN Motol

²Klinika psychiatrie LF UP Olomouc

³Dětská psychiatrická klinika FN Motol a 2. LF UK, Praha

Potíže spojené s emoční nestabilitou jsou v adolescenci časté a diagnostikování poruchy osobnosti už v tomto věku se stává běžnější. Jedná se o významnou skupinu pacientů, obzvláště když uvážíme, že se tato porucha vyskytovala až u 76 % adolescentů, kteří vyhledali péči pro suicidální úvahy. Rodinné prostředí hraje roli při vzniku emočně nestabilní poruchy osobnosti a zároveň jsou blízcí těmito potížemi také významně zasaženi. Existuje několik terapeutických postupů, které byly adaptovány i pro emočně nestabilní adolescenty a vykazují efektivitu v jejich léčbě. Zapojení rodiny v léčbě je nezbytné. Tento článek se věnuje roli rodiny a možnostem zapojení rodinných příslušníků emočně nestabilních adolescentů v jejich léčbě

Klíčová slova: emočně nestabilní porucha osobnosti, hraniční porucha osobnosti, adolescenti, rodina, psychotherapie.

Possibilities of family interventions in the treatment of emotionally-unstable adolescents

Difficulties associated with emotional instability are frequent in adolescence, and the diagnosis of personality disorders at this age is becoming common. The importance of this group of patients is evident, when we consider that this disorder was present in up to 76 % of adolescents who sought care for suicidal ideation. Family environment plays a role in the pathogenesis of emotionally unstable personality disorder, while on the other hand, relatives are also significantly affected by this disorder. There are several therapeutic procedures that have been adapted for emotionally unstable adolescents and show effectiveness in their treatment. Family involvement in the treatment is essential. This article explores the role of the family and the possibilities of involvement of family members of emotionally unstable adolescents in their treatment

Key words: emotionally-unstable personality disorder, borderline personality disorder, adolescents, family, psychotherapy.

Úvod

Poruchy osobnosti jsou tradičně diagnostikovány v dospělosti a přístup k těmto diagnózám v adolescenci se v odborné veřejnosti liší. V kategoriálním přístupu k diagnóze poruch osobnosti může panovat obava ze značkování vedoucí k stigmatizaci a negativním sociálním dopadům. Na druhou stranu nová diagnostická kritéria MKN-11 se přiklání k dimenzionálnímu chápání poruch osobnosti a již je nepovažují za nutně trvalé poruchy (1). V tomto textu je označení emočně nestabilní

porucha osobnosti užíváno i ve smyslu hraniční poruchy osobnosti.

Podobnost emočně nestabilní poruchy osobnosti v adolescenci a dospělosti, potvrzují i neurobiologické studie (2), či metaanalýza etiologických faktorů a komorbidní psychopatologie (3). Emočně nestabilní porucha v adolescenci také predikuje tuto poruchu v dospělosti, ale ne absolutně (4).

Význam stanovení diagnózy emočně nestabilní poruchy osobnosti stoupá v situaci, kdy jsou dostupné specifické terapeutické intervence. Na druhou stranu je nezbytné vnímat i vývojový

aspekt těchto potíží v adolescenci. Autorský kolektiv Weinera et al. uvádí nutnost rozlišovat efekt léčby od běžných vývojových změn a identifikovat jedince, u kterých je nižší pravděpodobnost spontánní úpravy. Tato skupina se zřejmě do jisté míry překrývá s pacienty s diagnózou poruchy osobnosti a bude potřebovat specifické terapeutické intervence (5).

Jedním z nejvýznamnějších terapeutických cílů v této populaci je samozřejmě suicidalita. Dalším pojmem, který se v souvislosti s diagnostikou emočně nestabilní poruchy osobnosti

v adolescenci objevuje, je syndrom „nesuicidálního sebepoškozování“ (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 sebepoškozování 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 psychoterapiemi prokázala efektivitu na příznaky emočně nestabilní poruchy a sebepoškozování. 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 psychoterapií, 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) „Trénink 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 genetických 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 zklidnitelné, „náročnější na výchovu“, mohou být vychovávány dospělými, kteří jsou náchylnější k nevhodným výchovným praktikám a sami mají potíže s regulací emocí a zvládání 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 odtaziťost 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

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 neovlivnění. 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 obzvlášť 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. Patientka subjektivně prožívala pocit, že se za ni rodič postavil a je pro něj důležitá. Suicidální myšlenky se výrazně zmírnily, až vymizely, zmínilo 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

spíše racionální postoj a v rodině docházelo k dohadům, jaký by měl být správný přístup k pacientce. V klinickém prostředí psychiatrického oddělení byla patrná pouze mírně zvýšená úzkostnost, ale za pobytu v domácím prostředí docházelo k výrazným úzkostným dekompenzacím až s disociativními příznaky a suicidálními proklamacemi. Intervence, která v této situaci pomohla, bylo zaměření na řešení problému – jasné stanovení postupu v případě dekompenzace. S rodiči bylo jasné stanovení, v jaké situaci musí vyhledat odbornou pomoc, což vedlo k poklesu napětí v rodině. Také pomohla edukace, se kterou se pak pojilo nastavení racionálních očekávání od terapie a postoj k rizikům. V obou uvedených příkladech také byly pacientky léčeny i farmakologicky, a to kombinací sertralinu a quetiapinu.

Závěr

Zapojení rodiny do léčby emočně nestabilních adolescentů je nevyhnutelné a je běžnou součástí praxe pedopsychiatrů, dětských psychologů, ale i psychiatrů, kteří pracují s mladými dospělými. V neposlední řadě také studie ukazují, že emočně nestabilní porucha osobnosti je velkou zátěží i pro rodinu adolescentního pacienta, což svědčí o potřebě práce s touto skupinou. Adaptace programů pro individuální a skupinovou terapii emočně nestabilních pacientů poskytuje další techniky a přístupy, které je možné využít i v práci s rodinou. Výzkum v této oblasti se pravděpodobně bude ubírat směrem k lepšímu cílení a efektivnímu provádění terapie. Nabízí se také otázka, zda by zapojení rodiny nemohlo prodloužit udržení změn navozených psychoterapií.

Nezodpovězenou otázkou zůstává, zda lze na základě objektivních charakteristik poznat, který pacient bude například lépe reagovat na intenzivnější individuální terapii a kdy naopak bude efektivnější zapojit rodinu. U dospělých pacientů se také výzkum zaměřuje na to, zda různé typy terapie jsou efektivnější u specifických skupin pacientů (26). Podobné otázky jsou na místě i při práci s adolescenty, snad jsou i ještě významnější, když uvažíme vývojový aspekt těchto potíží. S tím se pojí také úvahy o odstupňované péči – pokud je pro jistou skupinu pacientů dostačující méně intenzivní terapie, nebo je ekonomicky či personálně výhodnější zapojit rodinu, umožnilo by to šetřit zdroje a poskytovat intenzivní terapii jen těm, u kterých má porucha rizikový či těžký průběh.

LITERATURA

1. Kocourková J, Koutek J. Emočně nestabilní adolescenti a možnosti jejich ovlivnění. *Čes a slov Psychiatr.* 2022;118(2):81-84.
2. Leboeuf A, Guilé JM, Labelle R, et al. Functional neuroimaging pilot study of borderline personality disorder in adolescents. *Sante Ment Que.* 2016;41(1):141-162.
3. Winsper C, Lereya ST, Marwaha S, et al. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016;44:13-24.
4. Winsper C, Marwaha S, Lereya ST, et al. Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review. *Psychological Medicine.* Cambridge University Press; 2015;45(11):2237-2251.
5. Weiner AS, Ensink K, Normandin L. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Psychiatr Clin North Am.* 2018;41(4):729-746.
6. Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):65-72.
7. Glenn C, Nock MK. Nonsuicidal self-injury in children and adolescents: Clinical features and proposed diagnostic criteria. In: UpToDate, Post, TW (Ed), UpToDate, Waltham, Massachusetts, 2023.
8. Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, et al. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther.* 2018;9:199-210.
9. Greenfield B, Henry M, Lis E, et al. Correlates, stability and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015;24(4):397-406.

10. Wong J, Bahji A, Khalid-Khan S. Psychotherapies for Adolescents with Subclinical and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Psychiatry.* 2020;65(1):5-15.
11. Látalová A, Linhartová P, Kašpárek T. Dialektická behaviorální terapie u pacientů s hraniční poruchou osobnosti: literární přehled. *Čes a slov Psychiatr.* 2021;117(1):26-32.
12. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, Guilford Press, 1993.
13. Fonagy P, Rossouw T, Sharp C, et al. Mentalisation-based treatment for adolescents with borderline traits. In: Sharp C and Tackett JL (Eds.). *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents.* New York, Springer, 2014.
14. Normandin L, Weiner A, Ensink K. Transference-Focused Psychotherapy for Adolescents With Personality Disorders. *Psychodyn Psychiatry.* 2021;49(2):215-243.
15. Roelofs J, Muris P, van Wesemael D, et al. Group-Schematherapy for Adolescents: Results from a Naturalistic Multiple Case Study. *J Child Fam Stud.* 2016;25:2246-2257.
16. Ilagan GS, Choi-Kain LW. General psychiatric management for adolescents (GPM-A) with borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol.* 2021;37:1-6.
17. Gunderson JG, Lyons-Ruth K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *J Pers Disord.* 2008;22(1):22-41.
18. Steele KR, Townsend ML, Grenyer BFS. Parenting and personality disorder: an overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLoS One.* 2019;14(10):e0223038.
19. Laporte L, Paris J, Zerkowitz P. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in mothers involved in youth

- protection services. *Personal Ment Health.* 2018;12(1):49-58.
20. Eyden J, Winsper C, Wolke D, et al. A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clin Psychol Rev.* 2016;47:85-105.
21. Hooley JM, Hoffman PD. Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1999;156(10):1557-62.
22. Seigerman MR, Betts JK, Hulbert C, et al. A study comparing the experiences of family and friends of young people with borderline personality disorder features with family and friends of young people with other serious illnesses and general population adults. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2020;7:17.
23. Jørgensen MS, Storebø OJ, Poulsen S, et al. Burden and Treatment Satisfaction among Caregivers of Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Fam Process.* 2021;60(3):772-787.
24. Guillén V, Díaz-García A, Mira A, et al. Interventions for Family Members and Carers of Patients with Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Fam Process.* 2021;60(1):134-144.
25. Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E, et al. Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Fam Process.* 2005;44(2):217-25.
26. Wibbelink CJM, Arntz A, Grasman RPPP, et al. Towards optimal treatment selection for borderline personality disorder patients (BOOTS): a study protocol for a multicenter randomized clinical trial comparing schema therapy and dialectical behavior therapy. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):89.