

**SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE**

**LEKÁRSKA FAKULTA**

**KATEDRA PSYCHIATRIE**

## **MENTALIZÁCIA/MENTALIZOVANIE- PRAKTICKÉ INTERVENCIE**

špecializačná práca k špecializačnej skúške zo psychiatrie

Štúdijný program: **psychiatria/Pezinok**

Štúdijný odbor: **Psychiatria**

Pracovisko: **Psychiatrická klinika FN Trenčín**

Vedúci záverečnej práce: **doc. MUDr. Alojz Rakús, Csc.**

**Apríl, 2011**

**MUDr. RÓBERT KOŠŤAN**

## Čestné vyhlásenie

Prehlasujem na svoju česť, že na záverečnej práci som pracoval samostatne, na základe vlastných teoretických a praktických poznatkov, pričom som ako pomôcku použil uvedenú literatúru.

1.3.2011

.....

podpis

## **Podakovanie**

Úvodom by som chcel poďakovať ľuďom, bez ktorých by táto práca nemohla vzniknúť: mojej rodine, prednostovi Psychiatrickej kliniky v Trenčíne p. doc. MUDr. Jozefovi Haštovi, PhD, môjmu školiteľovi p. doc. MUDr. Alojzovi Rakúsovi, Csc., kolegyni p. MUDr. Bohdane Bírešovej, rodine Pelechovej a jadrovým autorom kníh o mentalizovaní Peterovi Fonagymu, PhD, FBA a Anthony W. Batemanovi, M.A., FRCPsych, ktorí zásadným spôsobom prispeli k rozšíreniu tejto problematiky a umožnili mi absolvovať kurz zameraný na mentalizovanie. Ďakujem.

## **Abstrakt**

V rámci psychoterapie existuje viacero spôsobov ako pomáhať ľuďom s narušenými interpersonálnymi vzťahmi. Jeden z novších prístupov predstavuje a na štúdiách overuje tím výskumníkov okolo Fonagyho a Batemana. Ide o MBT – terapiu založenú na mentalizovaní. Mentalizovanie, teda zúčastňovanie sa na vnútorných stavoch u seba a ostatných zohráva kľúčovú úlohu pri vytváraní kvalitných medziľudských vzťahov. Narušené je prakticky pri každej duševnej poruche, zvlášť pri hraničnej poruche osobnosti a traumách v rannej vzťahovej väzbe. MBT sa zameriava iba na tie poruchy, kde je narušené mentalizovanie vyslovene jadrovým problémom. Práca ponúka prehľad teoretického pozadia vývoja insuficientného mentalizovania spolu s návodmi na praktické intervencie priamo v terapii.

## **Abstract**

There are several ways in psychotherapy how to help people with impaired interpersonal relationships. One of the newest approach offer and investigate the team around Bateman and Fonagy. It is an MBT – therapy based on mentalization. Mentalization – attending on internal mental states in oneself and others - has a key role in building of satisfactory interpersonal relationships. We are able to observe impaired mentalization in almost every single mental disorder, borderline personality disorder and trauma attachment in particular. But MBT's focus is where impaired mentalization take place a core problem. These pages offer an overview of theoretical background in insufficient development of mentalization with some directions for practical use right in therapy.

## OBSAH

<b>OBSAH</b> .....	6
<b>1.ÚVOD</b> .....	10
1.1 Úvod do mentalizácie/mentalizovania .....	12
1.2 Čo je mentalizovanie .....	13
1.3 Mentalizovanie a emocionálny život .....	14
<b>2. PRÍBUZNÉ KONCEPTY</b> .....	16
2.1 Empatia .....	16
2.2 Psychologické myslenie .....	17
2.3 Myslenie zohľadňujúce myseľ (mind- mindedness) .....	17
2.4 Plné uvedomovanie (mind- fullness) .....	18
2.5 Klinické implikácie mentalizačného fokusu .....	18
<b>3. VÝVINOVÝ MODEL</b> .....	21
3.1 Mentálne reprezentácie .....	21
3.2 Vývoj agentívneho self: sociálna akvizícia sociálnych kognícií .....	22
3.2.1 Prehľad modelu kontingentného zrkadlenia .....	22
3.2.2 Pochopenie a regulácia emócií, bezpečná vzťahová väzba .....	23
3.3 Faktory vulnerability .....	25
3.4 Dezorganizácia self: cudzie /alien/ self .....	26
3.5 Kontrolujúci vnútorný pracovný model .....	27
3.6 Aktivačné faktory .....	27
3.7 Fenomenológia .....	28
3.8 Dezorganizácia vzťahovej väzby .....	28
3.9 Porucha mentalizovania u HPO - hraničnej poruchy osobnosti .....	29

3.10 Nabudenie a hyperaktivácia vzťahovej väzby .....	29
3.11 Pohľad na HPO v termínoch popretia mentalizačného modelu .....	30
<b>4. HODNOTENIE MENTALIZÁCIE</b> .....	32
4.1 Niektoré kľúčové princípy v hodnotení mentalizovania .....	32
4.2 Hodnotenie mentalizovania v interpersonálnom kontexte .....	32
4.3 Ako vyzerá slabé mentalizovanie ? .....	33
4.4 Mimoriadne slabé mentalizovanie .....	33
4.5 Pseudomentalizovanie .....	34
4.6 Rigídne chápanie .....	35
4.7 Zneužívanie mentalizovania .....	36
4.8 Ako vyzerá kvalitné mentalizovanie ? .....	37
<b>5. NEUROBIOLÓGIA</b> .....	39
5.1 Evolučné a neurobiologické spojenie medzi vzťahovou väzbou a mentalizovaním .....	39
5.1.1 Selektívne výhody vzťahovej väzby .....	39
5.1.2 Selektívne výhody mentalizovania .....	39
5.1.3 Interpersonálna interpretačná funkcia .....	40
5.1.4 Neuronálne systémy a sociálne kognície .....	40
5.2 Neurobiologický základ mentalizovania .....	41
5.2.1 Mentalizovanie emócie .....	43
5.2.2 Mentalizovanie interpersonálnych interakcií .....	44
5.2.3 Paradoxy vzťahovania .....	44
5.2.4 „Unavené/vyčerpané „ mentalizovanie .....	45
<b>6. POSTOJ TERAPEUTA</b> .....	46
6.1 Mentalizovanie alebo postoj „neviem“ .....	46
6.2 Činný terapeut .....	47

6.3	Moniturujúci terapeut .....	47
6.4	Na proces zameraný terapeut .....	47
<b>7.</b>	<b>MENTALIZAČNÉ INTERVENCIE .....</b>	<b>49</b>
7.1	Praktické tipy .....	49
7.1.1	Pozor na určité slová a frázy .....	49
7.1.2	Buďte viac aktívni a menej pasívni.....	50
7.1.3	Robte protichodné kroky .....	50
7.1.4	Buďte obyčajní a používajte bežný jazyk .....	51
7.1.5	Zmiernenie afektu s mentalizačnou rukou .....	53
7.2	Princípy intervencií .....	53
7.2.1	Všebecné charakteristiky intervencií .....	54
	a; Na afekt zamerané intervencie .....	55
	b; Fokus na myseľ, nie správanie .....	56
	c; Vzťah k súčasným udalostiam a aktivite .....	56
7.2.2	Klinické cesty pre intervencie .....	57
7.2.3	Ktoré intervencie kedy ? .....	57
7.2.4	Základné princípy- klinické príklady .....	58
	a; Suicídálne pokusy a sebapoškodzovanie .....	58
<b>8.</b>	<b>MEENTALIZAČNÝ FOKUS A ZÁKLADNÉ INTERVENCIE.....</b>	<b>61</b>
8.1	Motivácia .....	61
8.1.1	Opätovné uisťovanie, podpora a empatia .....	61
8.1.2	Identifikácia a hľadanie pozitívneho mentalizovania .....	62
8.1.3	Klarifikácia a hodnotenie afektov .....	62
8.2	Zastaviť stáť .....	63
8.3	Základné mentalizovanie .....	65



8.3.1 Stoj, počúvaj, sleduj .....	65
8.3.2 Stoj, vráť sa, preskúmaj .....	65
8.3.3 Podmieňovacie vyjadrenia .....	66
8.3.4 Prenosové stopy .....	67
8.4 Interpretáčné mentalizovanie .....	68
8.5 Mentalizovanie prenosu .....	70
<b>ZÁVER</b> .....	74
<b>PRÍLOHY</b> .....	75
<b>ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY</b> .....	78

## 1. ÚVOD

Jerome Frank v roku 1961 napísal: „Väčšina, ak nie rovno všetko, čo robí rôzne psychoterapeutické prístupy efektívnymi, môžu byť práve tie znaky, ktoré sú jednotlivým terapiám spoločné a nie tie, ktoré ich navzájom od seba odlišujú“.

Napríklad vytvorenie terapeutickej aliancie, je rozhodujúce pri úspechu akejkoľvek liečby, bez ohľadu na teoretickú orientáciu terapeuta. Fonagy a kolegovia navrhujú (ako sami hovoria- pomerne odvážne), že najzákladnejším spoločným faktorom v rámci ktorejkoľvek psychoterapeutickej liečby je mentalizovanie, teda zúčastňovanie sa na mentálnych stavoch iných ľudí a seba. Klinici, ktorí pracujú s pacientmi, ktorí sú schopní „mentalizéri“, môžu považovať mentalizovanie za niečo samozrejmé. Napriek tomu si hore zmienení autori myslia, že mentalizovaniu by sa mala vždy venovať pozornosť. Obzvlášť pri pacientoch, ktorí majú túto schopnosť vážne narušenú- napríklad u tých, kde je diagnostikovaná hraničná porucha osobnosti.

Hraničná porucha osobnosti je jednou z najčastejšie sa vyskytujúcich porúch osobnosti a vôbec najčastejšou, s ktorou sa stretávame pri hospitalizáciách v psychiatrických zariadeniach - asi 25 % hospitalizovaných (Praško, 2009).

Poruchy osobnosti z klastra B podľa DSM- IV, kam patrí aj hraničná porucha osobnosti, sú v častej komorbidite s bipolárnou afektívnou poruchou typu dva- BAP II. Hraničná porucha osobnosti má v tomto smere špecifické postavenie – symptómové prekrývanie s BAP II s rizikom neadekvátneho rozpoznanie všetkých diagnóz (klaster B). To, či patrí hraničná porucha osobnosti (afektívna labilita, depresívne stavy, pocity smútku a samoty, impulzivita, agresivita, hyperaktivita, eufória, často dobrá odpoveď na stabilizátory nálady) do bipolárneho spektra, je predmetom odborných diskusií a ďalšieho výskumu (Mořovský, 2009).

Diagnostické kritériá MKCH-10 pre F60.31 Hraničný typ emočne nestabilnej osobnosti:

- A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre poruchu osobnosti (F60.)
- B. Musia byť splnené najmenej tri príznaky z kritéria B pre F60.30
  - (1) zreteľná tendencia jednat' neočakávane a bez uváženia následkov;
  - (2) zreteľná tendencia k neznášateľnému chovaniu a ku konfliktom s ostatnými, obzvlášť ak je impulzívne konanie niekým prerušené alebo kritizované;

- (3) sklon k výbuchom hnevu alebo zúrivosti s neschopnosťou kontrolovať následné explozívne chovanie;
- (4) ťažkosti so zotrvaním pri akejkolvek činnosti, ktorá neponúka okamžitý zisk;
- (5) nestála a nevypočítateľná nálada.

spolu s najmenej dvoma z nasledujúcich:

- (1) narušená a neistá predstava o sebe samom, cieľoch a vnútorných preferenciách, vrátane sexuálnych;
- (2) sklon k zapletaniu sa do intenzívnych a nestálych vzťahov, ktoré často vedú k emočným krízam;
- (3) prehnaná snaha vyhnúť sa odmietnutiu;
- (4) opakované nebezpečenstvo alebo realizácia sebapoškodenia;
- (5) chronické pocity prázdnoty.

Pacienti s hraničnou poruchou osobnosti sú v klinickej praxi často mimoriadne nároční na spoluprácu, na oddelení sa chovajú nekonvenčne, často sa vehementne dožadujú hospitalizácie, dožadujú sa „svojich práv“, často prekračujú akékoľvek hranice (Praško in Herman, Praško, Seifertová, 2007).

Takíto pacienti sú pre kliniku výzvou a nie zriedka aj terapeutickým „orieškom“. V horšom prípade (a myslím, že vôbec nie ojedinele) sú považovaní za nevyliciteľných, zámerne sabotujúcich a manipulujúcich. Aj preto ich liečba ostáva doposiaľ nedostatočnou. Dôvody pre takýto stav však nie sú určite len v nás, klinikoch a terapeutoch, nemajúcich či už dostatočné teoretické znalosti o tejto širokej problematike respektíve našou neochotou/nemožnosťou „nadmernej investície“ do týchto náročných prípadov pri každodenných klinických povinnostiach. Dôvody sú širšie, ako príklad, snád' samotný systém a jeho podmienky poskytovania (komplexnej?) zdravotnej starostlivosti, ktorý sa nevyhnutne spolupodieľa na tomto stave. V posledných dvoch desaťročiach sa výskumu a možnosti liečby tejto poruchy venovala pomerne široká pozornosť a treba uznať, že nie bezvýsledne. Či už ide o kognitívne behaviorálnu, psychodynamickú, dialekticko- behaviorálnu terapiu Linehanovej a v neposlednom rade aj MBT- na mentalizácii založenú terapiu od Fonagyho a kolegov. Tieto všetky, ponúkajú možnosť ako zlepšiť kvalitu života týchto ľudí.

Ja sa vo svojej práci venujem terapii založenej na mentalizácii. Prvá, teoretická časť, je opísaná len v miere nevyhnutnej k základnému pochopeniu terapeutických intervencií (v slovenskom jazyku teória mentalizácie vid' aj texty od Hašto, Trokanová či Rakús).

Ťažisko práce je v zameraní sa na praktickú časť. V jej rámci je načrtnuté čo nie je resp. je a do akej miery mentalizovanie. Aký by mal byť postoj terapeuta, aké sú charakteristické črty intervencií, ako ich vyberať, časovať, kedy prejsť k mentalizovaniu prenosu, zmienené sú návody ako sa vysporiadať s mimoriadnymi situáciami- napríklad suicidálnym správaním. Autori MBT sú aktívni nielen v publikovaní a prenášaní teoretických konceptov do klinickej praxe, ale uskutočnili a naďalej uskutočňujú výskum účinnosti tejto terapie. Výsledky sú zatiaľ povzbudivé, terapia sa ukázala ako účinná (minimálne v liečbe HPO) a je manualizovaná.

## **1.1 Úvod do mentalizácie/mentalizovania**

Úvodná kapitola definuje koncept mentalizácie/mentalizovania a prepája s konceptami ako empatia a psychologické myslenie /mindedness/, ktoré sú klinikom pravdepodobne bližšie. V 80-tych rokoch 20. storočia sledoval jeden mimoriadne aktívny výskumný program vývinovej psychológie, v akom veku sú deti schopné začať chápať, že ľudia majú o svete aj falošné predstavy- išlo o pokusy v rámci teórie mysle (Perner a Lang 2000). Ale viacerí tento konštrukt nepovažujú za úplne dostačujúci (Carpendale a Chandler, 1996), keďže dostatočne nezohľadňuje vzťahové aspekty a reguláciu afektov pri interpretácii správania v rámci mentálnych stavov. Začal sa používať pojem mentalizácie ako alternatíva (Morton a Frith 1995).

Schopnosť chápať ja/self ako duševného činiteľa vychádza z interpersonálnych zážitkov, obzvlášť primárnych objektových vzťahov (Fonagy, 2003). Dieťaťu nie je geneticky dané, aby sa prežívalo ako jedinec, ktorý má myseľ. Myseľ sa vyvíja počas detstva a jej vývin kriticky závisí na interakcii s inými myslami, ktoré sú zrelšie, pričom tieto sú benígne, reflektujúce a podporne vyladené.

## 1.2 Čo je mentalizovanie ?

Mentalizovanie kladie dôraz na mentálne stavy u jedinca a tých ostatných, obzvlášť pri chápaní správania. To že mentálne stavy majú vplyv na správanie je mimo akúkoľvek pochybnosť. Presvedčenia, túžby, pocity a myšlienky, či už vo vedomí alebo mimo neho, determinujú to čo robíme.

Vysvetľovanie správania vo vzťahu k mentálnym stavom je relatívne citlivé/napadnuteľné v porovnaní s vysvetleniami, ktoré sa odvolávajú na aspekty hmotného sveta. Tie druhé, sú oveľa menej nejednoznačné, pretože hmotný fyzikálny svet je menej premenlivý. Keď si vezmeme mentalizačný stav, číre uvažovanie o ďalších možnostiach, môže viesť k zmene presvedčenia. Zameranie sa na myseľ vedie k omnoho neistejším záverom ako pri dôraze na hmotné okolnosti, pretože myseľ sa zaujíma skôr o úplnú reprezentáciu reality ako o realitu samotnú. Sú situácie, kedy môžeme jednať na základe nesprávnych presvedčení o mentálnych stavoch ostatných, niekedy aj s tragickými následkami. V stredoveku, ak ľudia verili, že osoba je posadnutá diablom, bol to dostatočný základ na to, aby ich pálili zaživa. V súčasnosti, ak je osoba presvedčená, že niekto iný je terorista, tiež to môže byť dost na to, aby mu vzal život.

Mentalizovanie je zväčša predvedomá, imaginatívna mentálna aktivita. Imaginatívna je preto, že si musíme predstaviť, čo si druhí myslia alebo cítia. Je nehomogénna, pretože osobná história a kapacita predstavivosti môže viesť k rôznym záverom o mentálnych stavoch toho druhého. Niekedy, ak chceme pochopiť naše vlastné zážitky (obzvlášť tie emočne nabité alebo iracionálne, nevedomo poháňané reakcie), potrebujeme spraviť takýto imaginatívny skok.

Osvojiť si mentalizovanie, chápať seba a ostatných ako tých, čo majú myseľ, vyžaduje systém reprezentácii pre mentálne stavy. Aj keď sa na mentalizovaní podieľajú viaceré systémy mozgovej kôry, dokázané je spojenie s aktiváciou stredných prefrontálnych oblastí, pravdepodobne oblasťou paracingula (Gallagher and Frith, 2003). Je pravdepodobné, že v rôznych aspektoch mentalizovania je zapojených niekoľko mozgových systémov, vrátane tých, ktoré podchycujú pozornosť a emocionálnu reaktivitu.

Zdalo by sa, že tí, ktorí liečia ľudí s duševnými chorobami, zdôrazňujú mentálne stavy úplne samozrejme. Ale dokonca aj tí z nás, ktorí robia dennodenne klinickú prácu, môžu ľahko zabudnúť na to, že naši pacienti majú myseľ. Napríklad, mnoho biologických psychiatrov radšej uvažuje vo vzťahoch neurotransmitterovej nerovnováhy ako skreslených očakávaní či sebareprezentácií. Rodičia detí s psychologickými problémami uprednostňujú

skôr ich chápanie vo vzťahoch genetickej predispozície alebo priamych dôsledkov sociálneho prostredia dieťaťa. Dokonca psychoterapeuti môžu vytvárať neodôvodnené predpoklady v teóriách o tom, akú má pacient chorobu a ako by mal byť liečený, pričom ich intervencie sú volené tak, že strácajú kontakt s aktuálnym subjektívnym prežívaním pacienta. Ako Dennet (1987) bystro poznamenal „Čo je nám vlastnejšie a zároveň zvláštnejšie, ako naša myseľ?“ Allen navrhuje, aby sme radšej podporovali termín mentalizovanie pred mentalizáciou naznačujúc, že je to niečo čo robiť buď dokážeme alebo nie. (tak používam aj v ďalšom texte) Allen definuje mentalizovanie ako „vnímanie a interpretovanie správania spojeného so zámernými/intencionálnymi mentálnymi stavmi.“ Ide o hlboko sociálny konštrukt v tom zmysle, že sme pozorní k mentálnym stavom tých, s ktorými sme, či už fyzicky alebo psychologicky. Rovnako môžeme súčasne strácať vedomie o tých druhých ako majúcih myseľ a liečiť ich ako hmotné objekty. Autori sa zamýšľali nad tým, že k tomu, aby človek páchal fyzické násilie, musí zámerne vylúčiť možnosť, že jedinec, na ktorom pácha násilie, má myseľ. (Fonagy, 2004). Buď je vtedy jedinec považovaný iba za hmotný objekt alebo za člena veľkej cudzej sociálnej skupiny, ale určite nie za individuum so svojimi záujmami a presvedčeniami.

### **1.3 Mentalizovanie a emocionálny život**

Niektorí psychoanalytici kritizovali autorov za prílišný dôraz na kognície. Podľa autorov je to nedorozumenie. Mentalizovanie je procedurálne, zväčša nevedomé. Vyskytuje sa prevažne mimo našej vedomej kontroly, automaticky, ako odpoveď na nespočetné množstvo udalostí, ktoré sa okolo nás vyskytujú. Nejde o čistú kogníciu a okrem toho kognitívny aspekt je úzko prepojený s afektívnym. Mentalizovanie je z väčšej časti intuitívna, rýchla emocionálna reakcia. Podľa Damasia (2003) naše vlastné pocity a pocity, ktoré máme z druhých, nám poskytujú dôležité informácie o mentálnych stavoch, ktoré podmieňujú správanie. Prežívanie interakcie s afektívnym zafarbením nás pravdepodobne vedie k výberu relatívne komplexnej možnosti presvedčení. Napríklad, ak niekoho vnímame ako ohrozujúceho, môžeme vytvárať relatívne komplexné teórie o jeho hostilných zámeroch. Mentalizovanie nám tiež napomáha regulovať naše emócie. Emócie sú priamo vo vzťahu k možnosti dosiahnuť resp. nedosiahnuť špecifické túžby a priania. Preto predstavy o dosiahnutí cieľov alebo túžob budú nevyhnutne vytvárať emocionálnu odpoveď. Deti ešte predtým ako chápu poznatky a presvedčenia, rozumejú emocionálnym stavom. Deti sú predisponované k tomu, aby sa učili o svete od dôveryhodného dospelého (Gergely, Csibra

2003). Emocionálny „tón“ dospelého vo vzťahu k špecifickým udalostiam, poskytuje dieťaťu kľúč k tomu, či je to bezpečné. Všeobecnejšie povedané, dieťa očakáva, že bude prijímať všetky typy poznatkov o svete prostredníctvom mysle dôveryhodného ďalšieho.

Je ľahké prehliadnuť nevedomý aspekt mentalizovania. Pre niečo tak jednoduché ako je udržať dialóg, potrebujeme monitorovať stav mysle nášho konverzačného partnera. Plynulé vnímanie a odpovede na jeho emócie dávajú istotu, že konverzácia ide hladko. V dômyselnom výskume (Steimer- Krause a kolegovia 1990) demonštrovali, že automaticky zrkadlíme emocionálne stavy partnera v rozhovore, upravujúc naše držanie tela, tón lasu, mimiku tváre. Preto je možné napr. odčítať z bežného rozhovoru plochú afektivitu u chronicky chorého na schizofréniu.

Implicitné mentalizovanie vlastných činov je emocionálny stav charakterizovaný vedomím seba ako agenta= činiteľa /agent/ (Marcel, 2003). Vo všeobecnosti, vedomie, že naše správanie je usmerňované mentálnymi stavmi, nám dáva zmysel kontinuity a kontroly, ktoré vytvárajú subjektívny prežitok agendy /agency/ alebo jástva /I-ness/, ktoré sú základom vedomia identity.

Mnoho dynamicky orientovaných terapií má za cieľ sprístupniť afekty vedomiu, kým je človek v danom emocionálnom stave a následne pochopiť tento emocionálny stav ako zmysluplný. My veríme, že mentalizovanie afektivity je rozhodujúce pre reguláciu emócií, teda bez nej, je kapacita identifikovať, modulovať a vyjadrovať afekty definitívne obmedzená. (Fonagy et al.2002). Allen (2006) uzatvára, že mentalizovanie implicitne určuje prereflektívny zmysel spojenia s činným self: “človek si uvedomuje sám seba ako emočne zaangažovaného činiteľa.“

## 2. PRÍBUZNÉ KONCEPTY

### 2.1 Empatia

Mnohí, ktorí pracujú so self psychológiou alebo na klienta orientovanou terapiou si myslia, že empatia sa prekrýva alebo je dokonca synonymom s konceptom mentalizovania. Striktná definícia konceptu empatie je: „identifikácia a pochopenie pocitov a motívov druhého, alebo pripísanie vlastných pocitov objektu“ (American heritage dictionary). Ale termín je väčšinou bežne používaný v užšom zmysle ako schopnosť uvedomiť si a rezonovať s emocionálnou núdzou u druhého človeka. Gallese a kolegovia (2004) navrhujú, že empatia je sprostredkovaná špecifickým mechanizmom neuronálneho zrkadlenia, ktorý nám umožňuje priamo pochopiť význam emócií a správania druhých tým, že ich vnútorné zopakujeme, skopírujeme. Tvrdia, že pre obe (emócie aj správanie), existuje špecifický neuronálny systém, v ktorom sú aktivované rovnaké neuróny, či už osoba nejaký čin vykonáva alebo len pozoruje druhú osobu vykonávajúcu podobný úkon. Dôsledok tohto objavu je podľa Galleseho v tom, že priamo, skúsenostne uchopujeme myseľ druhých a nemusíme odvodzovať ich vnútorné stavy prostredníctvom vysvetľovania pojmov.

Pôvodný dôkaz tohto predpokladu pochádza z výskumu makakov, ale nedávne štúdie u ľudí potvrdili, že zrkadlové neuróny „rezonujú“ v odpovediach na širokú škálu akcií. Výsledky ukazujú, že keď pozorujeme druhú osobu ako niečo robí, aktivujú sa u nás rovnaké motorické okruhy, ktoré používame, keď sami tú istú vec robíme aj my. Podobne, určité mozgové oblasti (napr. insula) sa aktivujú pri prežívaní špecifickej emócie (napr. hnus) a sú tiež rovnako aktivované, ak pozorujeme niekoho, kto vyjadruje túto emóciu mimikou tváre (Wicker et al., 2003). Toto potvrdzuje, že pochopenie základných aspektov sociálnych kognícií závisí na aktivácii neuronálnych štruktúr, ktoré sú normálne zapojené aj pri našom prežívaní emócií a činoch.

Táto formulácia empatie je príliš mechanistická a vyjadruje sa k mierne iným fenoménom ako koncept mentalizovania. Avšak Preston a de Wall (2002) pokročili v teórii empatie založenej na nálezoch so zrkadlovými neurónmi. Kognitívna empatia podľa nich ide za hranicu emocionálnej zhody subjektu a objektu a vyžaduje imaginatívnu kapacitu, ktorá pracuje s reprezentáciami zdieľaného prežívania. Kým nám sa zdá mentalizovanie mozgovým systémom nezávislým od zrkadlových neurónov, vyššie formy empatie popísané Prestonom a de Walom sa nepochybne prekrývajú s konceptom mentalizovania.



Na druhej strane si myslíme, že termín empatia, tak ako je bežne používaný, má dve základné obmedzenia, ktoré nám vopred zabraňujú, aby sme ho len jednoducho prebrali. Za prvé, koncept empatie tak ako ho používa Gallese, predpokladá vedomie vlastného ego stavu, ktorý môže byť „prenesený“ /mapped on/ na stav druhého vzhľadom k tomu, že u neho takýto stav predpokladám, teda mentalizovanie seba tu figuruje ako prekursor. Za druhé, empatia, špecificky vylučuje reflektívnu a konceptuálnu fázu a zdôrazňuje okamžité prekonceptuálne vedomie korešpondencie (Bateman, Fonagy 2006).

## **2.2 Psychologické myslenie**

Appelbaum (1973) definoval psychologické myslenie ako kapacitu dávať do vzťahu správanie s myšlienkami a emóciami. Táto definícia je veľmi blízka Denetovej, v ktorej sa ľudské správanie interpretuje v termínoch mentálnych stavov. Psychoterapeutický výskumníci McCallum a Piper (1996) použili tento termín k vyjadreniu špecifickej schopnosti identifikovať dynamické a intrapsychické zložky a dať ich do vzťahov s osobnými problémami.

So značnými námietkami (Faber, 1995), je psychologické myslenie konštrukt obmedzený na kapacitu mentalizovania Ja. Takže, kým empatia sa v princípe zameriava na vedomie mentálnych stavov druhých, psychologické myslenie, pravdepodobne kvôli svojim koreňom v psychologickej terapii, sa používa vo všeobecnosť ako mentalizačný prístup k sebaepochopeniu.

Nie je prekvapujúce, že existuje úzke spojenie medzi citlivosťou k vľadu, ktorý je súčasťou mentalizovania a konceptom psychologického myslenia. Je možné, že táto asociácia je len artefaktom pôvodu oboch konštruktov v psychoanalytickej terapii. Niektorí filozofi mysle tvrdia, že Freudov koncept psychického determinizmu možno rovnako aplikovať aj na myšlienku mentalizovania a jej rozšírenie na nevedomú časť mysle, teda, že nevedomé presvedčenia sú takými silnými determinantami k správaniu ako vedomé (Hopkins, 1992, Wollheim, 1995).

## **2.3 Myslenie zohľadňujúce myseľ (mind- mindedness)**

Mentalizačný konštrukt si rýchlo osvojilo pole vzťahovej väzby. Bezpečnú vzťahovú väzbu a mentalizovanie spájajú dva nálezy. Za prvé, relatívne vysoká schopnosť mentalizovania u rodičov vo vzťahu k histórii ich vlastnej vzťahovej väzby predikuje

bezpečnú vzťahovú väzbu u ich dieťaťa (Fonagy et al 1991, Slade et al, 2005). Za druhé, deti s bezpečnou vzťahovou väzbou si rýchlejšie osvojujú mentalizovanie (Fonagy et al, 1997, Meins et al, 2002).

Elizabeth Meins vytvorila termín materinská mind-mindedness, aby označila matky, ktoré používali v rozhovoroch so svojimi 6-mesačnými deťmi viac jazyka mentálnych stavov. Tieto deti boli v 12. mesiaci života s vyššou pravdepodobnosťou bezpečne pripútané (Meins et al, 2002). K podobným výsledkom dospel aj Oppenheim (Koren-Karie et al., 2002).

Tieto nálezy ukazujú, že mind-mindedness napomáha vytvoriť bezpečnú vzťahovú väzbu. Zjavne, materinské mind-mindedness je mentalizovanie dieťaťa vo veľmi špecifickom kontexte vzťahovej väzby. Cítiť sa ako objekt niekoho, kto nás mentalizuje, podporuje u malých detí ich mentalizačnú kapacitu.

## **2.4 Plné uvedomovanie /mindfulness/**

Mindfulness pochádza z filozofie zenbudhizmu. Zdôrazňuje orientáciu na aktuálne prežívanie. Zen učí, že každá chvíľa je úplná a dokonalá a tak skôr ako zmena, by mala byť terapeutickým ohniskom tolerancia, akceptácia a potvrdenie (Hayes et al., 2004). Vo svojom pôvodnom zmysle nie je plné uvedomovanie špecifické k mentálnym stavom, ale Allen poukazuje na to, že niektoré aspekty plného uvedomovania zdôrazňujú citlivosť na psychologické procesy. Hlavnou myšlienkou je rozpoznanie, že myšlienky sú len myšlienky, že nie sú „JA“ ani „realita. Toto poznanie môže pacienta uvoľniť zo skreslenej reality. Plné uvedomovanie má dôležitú oblasť uplatnenia v kognitívne behaviorálnych prístupoch, ktoré zahŕňajú dialekticko- behaviorálnu terapiu (DBT, Linehan, 1987) a formu kognitívne behaviorálnej terapie depresie zameranú na zníženie rekurencie (Teasdale et al., 2000). Plné uvedomovanie je teda podobné mentalizovaniu, ale zároveň ide o širší koncept.

## **2.5 Klinické implikácie mentalizačného fokusu**

Ak by sme definíciu mentalizovania zovšeobecnil, tak problémy s mentalizáciou by zahŕňali nevyhnutne väčšinu duševných porúch. V skutočnosti môžeme chápať väčšinu duševných porúch ako tie, pri ktorých dochádza k dezinterpretácii prežívania self, tým pádom ide aj o poruchu mentalizovania. Napr. aspektom chronickej rezistentnej depresie je veľmi nízky pocit sebahodnoty. Jeden zo spôsobov ako na to nazerať, je v termínoch stavu našej mysle, ktorá označuje prchavé negatívne myšlienky. Vnímať ich ako „iba predstavy“ nás

môže chrániť pred ich dôsledkami. Na druhej strane rovnaké prchavé negatívne myšlienkové sebahodnotenia v moduse psychickej ekvivalencie, sú prežívané s plnou silou psychickej reality. Chronicky depresívni pacienti nemajú sebareprezentácie, ktoré by boli negatívnejšie ako sebareprezentácie iných, skôr pravidelne zažívajú negatívne sebahodnotenia (ktoré máme my všetci) v moduse psychickej ekvivalencie a pociťujú tieto negatívne myšlienky s plnou silou reality. Skreslené mentalizovanie môžu vykazovať aj ďalšie typy psychologických porúch. Napríklad na úzkosť možno nahliadať ako na odhadovanie/stanovovanie rizika alebo ohrozenia ja v moduse psychickej ekvivalencie. Sú tu 2 kľúčové body.

Prvý: keď hovoríme o narušenom mentalizovaní, nevyhnutne hovoríme o duálnom probléme:

A- často menej nápadná je dysfunkcia mentalizovania- strata niektorého aspektu kapacity vidieť druhého absolútne ako osobu alebo subjektivitu, ako možnú reprezentáciu.

B- komplikáciou A je znovuobjavenie sa nementalizačného režimu myslenia, označovaného ako impulzivita, afektívna dysregulácia, sklon k acitng out atď. Tieto mentálne fenomény nepoukazujú len na neprítomnosť regulačnej funkcie, ale aj na dysregulačný stav zapríčinený stratou mentalizácie subjektu. Preto, ak sú vnútorné zážitky prežívané ako príliš reálne (ako napr. pri flashbackoch), ich emočný dopad bude ďaleko väčší. Strata mentalizačnej funkcie sa prejavuje ako znovuobjavenia sa vývojovo skorších mentálnych štruktúr, ktoré nahradia nefungujúci systém. Osoba, ktorá nie je schopná mentalizovania bude ďaleko zraniteľnejšia a ľahšie vyvediteľná z rovnováhy už pri minimálnej zmene podmienok.

Druhý kľúčový bod je to, že ak sa aj na duševné poruchy pozeráme z psychologickej perspektívy, vždy to bude znamenať, že ide aj o poruchu mentalizovania, ale nie vždy je užitočné sa na ne pozeráť práve z tejto perspektívy. Nejde ani tak o to, či sa na poruchu pozeráme z pohľadu fungovania mentalizovania, ale skôr o to, či je dysfunkcia mentalizovania jadrovým problémom poruchy, či je dôraz na mentalizovanie účinný a efektívny, teda či poskytuje vhodnú doménu na terapeutickú intervenciu. Napríklad pri autizme pacienti trpia viac alebo menej kompletnou „mentálnou slepotou“/mind-blidness/ (Baron-Cohen et al., 2000). Či to poskytuje vhodný dôraz na intervenciu ale ostáva zatiaľ otvorenou otázkou.

Sme presvedčení, že obeť traumy často prežívajú čiastočnú stratu mentalizovania. Ako ukázal Allen (2000), v týchto prípadoch fokus na mentalizovanie môže byť mimoriadne užitočným základom. Čo sa popisuje ako desenzitizácia traumatických spomienok, môže byť

napríklad rovnako dobre považované za pomoc pri zmene nementalizovaných predstáv na mentalizované traumatické spomienky.

Mentalizovanie je kľúčovou sociálne-kognitívnou kapacitou, ktorá umožňuje ľuďom vytvárať efektívne sociálne skupiny. Získavame ju v sociálnom kontexte, aj keď predispozícia pre ňu musí byť vrodená, rovnako ako napr. sklon k jazyku. Ako psychologický vedecký konštrukt nie je mentalizovanie ničím novým. Náš prístup predpokladá, že dysfunkcia mentalizovania nielenže vytvára závažne problémy vo vzťahoch, ale vedie tiež k subjektívnemu distresu, ktorý môže vyústiť do sebapoškodzovania a suicidality. Úzke prepojenie s procesmi vzťahovej väzby sú tu kľúčové. Narušené vzťahy zhoršujú mentalizáciu a jednak sú nedostatočným mentalizovaním samé o sebe narúšané. Preto navrhujeme, že ak pomôžeme pacientom v úzdruve mentalizovania, môžeme skorigovať aj niektoré z dysfunkčných vzťahových problémov (Fonagy, Bateman 2006).

### 3. VÝVINOVÝ MODEL

#### 3.1 Mentálne reprezentácie

Vývin mentalizačnej kapacity sa prekrýva s normálnymi vývinovými štádiami self. Fonagy a kolegovia (2002) popisujú v tomto vývine 5 úrovní: fyzickú, sociálnu, teleologickú, mentalizačnú a autobiografickú.

##### Fyzická:

Vyvíja sa uvedomenie, že ja a tí ostatní sú fyzický činitelia (agenti), ja a oni sú oddelení od fyzikálnych objektov. Dieťa si uvedomuje, že je autorom akcie (pohne rukou) a že má vplyv na vonkajšie objekty (posunie loptu) a takto podporuje diferenciáciu medzi ja a ostatnými

##### Sociálna:

Spolu s tým sa vytvára chápanie dieťaťa ako sociálneho činiteľa. Začína si uvedomovať, že komunikačné prejavy majú vplyv na iných sociálnych činiteľov (úsmev dieťaťa vyvolá úsmev u matky).

##### Teleologická:

V druhej polovici prvého roku dieťa začína chápať, že ono samo a ostatní sú teleologický činitelia. Činy samotné začínajú byť diferencované od svojich dôsledkov, začínajú byť chápané ako prostriedok k dosiahnutiu cieľa- sú zmysluplné, racionálne a na cieľ zamerané. Očakávanie týchto činov sa deje výlučne na základe pozorovanej fyzickej reality.

Napriek tomu, že v 9 mesiaci už „pučí“ hodnotenie racionality, dieťa ešte nechápe, že konanie vychádza z mentálnych stavov.

Príklad zo štúdie: Dieťa v 9 mesiaci pozorovalo na monitore objekt, ktorý sa chcel dostať k druhému objektu chodiac po rovnakej dráhe, pričom v dráhe mal jednu prekážku, ktorú zakaždým obišiel. Keď však prekážka zmizla a objekt naďalej chodil po dráhe obchádzajúc prekážku, ktorá tam už nebola, dieťa vykazovalo značné prekvapenie, že nesmeruje priamo k cieľu. Hodnotilo to ako iracionálne.

Evidentne dieťa v tom veku ešte nezohľadňuje „vnútorný mentálny stav objektu“. Podstatné je to, čo je ohraničené na fyzické.

##### Mentalizačná:

Od 2. roku života dochádza k mentalizovaniu teleologického postoja. Ide o interpretáciu racionálnych, na cieľ zameraných činov, ktoré sú riadené intencionálnymi

mentálnymi stavmi a nakoniec aj zohľadnenie možnosti, že činy, ktoré vychádzajú z mentálnych stavov (túžby, zámery a presvedčenia), nemusia korešpondovať s realitou.

Dieťa prispôsobuje svoje správanie napríklad obsahu túžby dospelého, ktoré mu v minulosti pripísalo. Deti v tomto veku postupne získavajú implicitné pochopenie pravdivých a falošných presvedčení, vstupujú do spoločnej imaginatívnych hier, čím sa zlepšuje schopnosť spolupracovať, osvojujú si jazyk reprezentujúci vnútorné stavy. Každopádne nie sú plne schopné oddeliť mentálne stavy od vonkajšej reality.

#### Autobiografická:

Okolo 6. roku života sa spomienky činov a zážitkov organizujú do kauzálnu- časového rámca, ktorý umožňuje vývin autobiografického self a pochopenie seba a ostatných prostredníctvom autobiografického rozprávania (príklad zo štúdie s dieťaťom a nálepkou).

Takto popísaný vývin je komplexným procesom, prostredníctvom ktorého sa vytvárajú koncepty (mentálne reprezentácie druhého rádu) jednotlivých zážitkov.

Aký vplyv má sociálne prostredie na vývin takýchto konceptov je naznačené v ďalšom texte.

Obrázok č. 1. Zrod psychologického self. (Fonagy, Bateman 2004) – vid' príloha

### **3.2 Vývin agentívneho self: sociálna akvizícia sociálnych kognícií**

#### **3.2.1 Prehľad modelu kontingentného zrkadlenia**

Evolučné neurobiologické úvahy zdôrazňujú, že prostredie v ktorom dieťa vyrastá, zohráva dôležitú úlohu pri vytvorení kapacity pre sociálne kognície. Tento model sa spolieha na v dieťati zabudovanú kapacitu detekovať tie aspekty sveta, ktoré reagujú kontingentne s vlastnými činmi. Ako bolo spomenuté vyššie, v prvých mesiacoch života začína dieťa chápať, že je fyzickým činiteľom a jeho činy môžu ovplyvniť telá/telesá, s ktorými má fyzický kontakt (Leslie, 1994). Vo veku 3 mesiacov vie, že čokoľvek čo nie je trvalo a dokonalo kontingentné s jeho vlastnými činmi, patrí vonkajšiemu svetu, napríklad- hýbem svojou rukou a lopta mimo dosahu ostáva nehybná. V tomto prvom období sa dostáva dieťaťu upokojenia najmä prostredníctvom priamej matkinej fyzickej starostlivosti- napr. dotyky.

Súčasne s tým sa vyvíja chápanie dieťa ako sociálneho činiteľa. Prostredníctvom interakcií s opatrovateľom sa dieťa učí, že jeho správanie ovplyvňuje správanie a emócie jeho opatrovateľa, teda, že je sociálnym činiteľom, ktorého komunikačné prejavy môžu mať

dôsledky v sociálnom prostredí (Neisser, 1998). Umožňuje dieťaťu diferencovať činné self ako oddelenú entitu v prostredí a vytvoriť tak primárne reprezentácie telesného self. Vo veku 3-4 mesiacov, dieťa mení preferenciu tejto dokonalej kontingencie a začína uprednostňovať vysokú- ale nie úplne dokonalú kontingenciu (Bahrack a Watson, 1985). Túto zmenu nazval Gergely (2001) ako tzv. switch v kontingentnej odpovedi. Vysoká, ale nie úplne dokonalá kontingencia je charakterizovaná ako niečo len mierne mimo nového, nepredvídateľného a neznámeho. Je to úroveň, ktorá je typická empaticky- zrkadlenými odpoveďami opatrovateľa na emócie, ktoré dieťa prejaví. Takáto opakovaná afekt- reflektujúca odpoveď je rozhodujúca k tomu, aby dieťa mohlo začať rozlišovať svoje vnútorné stavy: tento proces sa označuje slovom sociálny biofeedback (Gergely a Watson, 1996).

Tento posun alebo switch je poháňaný posunom v pozornostnej preferencii. Má obrovský dopad na psychosociálny vývin, zvlášť na vývin mysle: dominantné zameranie sa na telesné self vo fyzickom svete sa presúva k objavovaniu mentálneho self vo svete sociálnom. Najlepším príkladom takejto vysokej, ale nie úplne dokonalej kontingencie je mimika tváre matky pri odpovedi na vnútorné stavy dieťaťa. Ak v prvom štádiu vývinu k upokojovaniu a znižovaniu nabudenia dieťaťa slúžil najmä telesný kontakt, v tomto období je to skôr interakcia opatrovateľa s dieťaťom prostredníctvom zrkadlenia.

Podľa Meltzoffa a Moorea (1997) je zrkadlenie univerzálnou, biologicky pripravenou (inštinktívnou) odpoveďou všetkých dospelých.

Proces sociálneho biofeedbacku s využitím zrkadlenia opatrovateľom, rozhodujúcim spôsobom napomáha u dieťaťa vytvoriť afektívny (symbolický) reprezentatívny systém druhého rádu.

### **3.2.2 Pochopenie a regulácia emócií, bezpečná VV.**

Gergely a Watson (1996) považujú základné emócie za univerzálne a vrodené. Navrhujú, že emócie sú medzi (ak nie) najvčasnejšími mentálnymi stavmi, ktoré dieťa pripisuje mysliam. (s.1183).

Veźmime si ako príklad so zrkadlením pochopenie afektov. Dieťa si na začiatku introspektívne neuvedomuje rôzne emocionálne stavy. Lepšie povedané, reprezentácie týchto emócií sú primárne založené na stimuloch z vonkajšieho prostredia. Dieťa sa učí diferencovať vnútorné vzorce fyziologických a viscerálnych stimulácií, ktoré tieto emócie sprevádzajú tým, že pozoruje ako ich zrkadlia vo svojich odpovediach opatrovateľa- či už svojou tvárovou mimikou alebo hlasovým sprievodom. (napríklad Lagherstee a Varghese, 2001).

Obrázok č. 2. Vývoj regulácie afektu: Fonagy, Gergely, Jurist, Target (2002) – vid' príloha

To čo má byť zrkadlené, je emócia dieťaťa resp. jeho zvýšené emočné nabudenie. To sa považuje za označované. Empatická tvár alebo hlas matky je akýsi naznačovateľ. Toto sa internalizuje a vytvára sa sekundárna reprezentácia stavu dieťaťa. Emócia je zmiernená, oddelená od pôvodného zážitku a nie je rozpoznávaná ako zážitok opatrovateľa. Dôležité je, aby bolo zrkadlenie konguentné s tým čo vyjadruje dieťa a aby dieťa rozpoznalo, že reakcia matky je odrazom pocitov dieťa a nie matky. Obzvlášť dôležité je to pri negatívnych emóciách. Ak by tieto emócie pripísalo matke, skôr by to bolo signálom k panike ako upokojeniu.

Podľa Gergelyho a Watsona je to vyriešené prostredníctvom tzv. „výraznosti, zvýrazňovania“ /markedness/. Rodič ponúka akúsi zveličenú verziu prejavu emócie, „ako keby“ prejav.

Typické znaky zvýraznenia afektov pri zrkadlení zahŕňajú prehnanú, spomalenú alebo čiastočne vyjadrenú emóciu, ďalej vyjadrenia zmiešaných emócií kombinovanú simultánne alebo sekvenčne, ďalej behaviorálne kľúče ako napríklad zdvihnuté obočie, ktoré zarámcujú vyjadrenie ako zamerané k pozornosti dieťaťa (Gergely, 2007).

Prebieha to asi tak, že dieťa najskôr prepojí svoju kontrolu nad zrkadliacim prejavom rodiča s výsledným zlepšením vo svojom emocionálnom stave a to nakoniec vedie k zážitku self ako regulačného činiteľa. Ustanovenie takejto druhotnej reprezentácie afektívneho stavu vytvorí základ pre reguláciu afektu a kontrolu impulzov: to znamená, že s afektami možno manipulovať a zbavovať ich energie/napätia- či už vnútorne alebo prostredníctvom konania. Môžu byť prežívané ako niečo rozpoznateľné a preto zdieľané, nemusia byť odohrávané /acted out/.

Ak však rodič nevyjadří afekt kontingentne s detským afektom, podkope sa tým správne označenie vnútorného stavu. Ten môže ostať mätúcim, je prežívaný ako nesymbolizovaný a ťažko regulovateľný (Fonagy, Bateman, 2004).

Ak sa má vyvinúť kapacita k pochopeniu a regulovaniu emócií, musia byť splnené 2 podmienky:

- A- kongruencia v zrkadlení- opatrovateľ správne páruje/priraduje mentálne stavy
- B- zvýrazňovanie zrkadlenia- opatrovateľ je schopný vyjadriť afekt tak, že nevyjadruje svoje vlastné emócie, ale emócie dieťaťa (Gergely a Watson, 1999).



Konzekventne môžu vzniknúť 2 základné problémy:

A- v prípade nekongruentného zrkadlenia, reprezentácie vnútorných stavov dieťaťa nebudú korešpondovať (dochádza k fragmentácii) so stavom konštitučného self (primárne self) - (nič reálne, cudzie časti) a môže sa vytvoriť predispozícia k narcistickej štruktúre, tak ako to Winicott (1965) označil- „falošné self. Napríklad na agresiu dieťaťa, ktoré vzrušene hryzie do prsníka matka odpovedá: “Au. Dnes si obyčajná zlostná beštia !!“

B1- v prípade nezvýrazneného zrkadlenia, vyjadrenie opatrovateľa môže byť vnímané ako externalizácia detského zážitku a vytvorí sa predispozícia k prežívaniu emócií cez iných ľudí- ako je to pri borederline štruktúre (Fonagy, Gergely, Justin a Target, 2002).

B2- pri nedostatočne zvýraznenom zrkadlení (napriek kongruencii s vnútorným stavom dieťaťa), môže vnútorný stav dieťa zahltiť, napríklad ak ako odpoveď na frustráciu dieťaťa nazloštená matka vyjadří svoj hnev priamo smerom k dieťaťu. Je to precitované ako skutočná, reálna emócia rodiča a skôr stav dieťaťa eskaluje ako reguluje.

Bezpečný opatrovateľ upokojuje kombináciou zrkadlenia s prejavom, ktorý je inkompatibilný s pocitmi dieťaťa. Táto formulácia senzitivity má veľa spoločného s Bionovým pohľadom (1962), kde matka má kapacitu mentálne kontainovať afektívne stavy, ktoré sú pre dieťa netolerovateľné a odpovedá spôsobom, ktorý zdôrazňuje mentálny stav dieťaťa a zároveň slúži k modulácii nezvládaných pocitov. Dobre regulovaný afekt je dieťaťom internalizovaný a vytvára súčasť bezpečnej VV a vnútorných pracovných modelov (Sroufe, 1996).

### 3.3 Faktory vulnerability

Naše teoretické chápanie BPD je zakorenené v teórii vzťahovej väzby Johna Bowlbyho a jej ďalším hodnotením vývinovými psychológmi (Main, Sroufe, Tronick, Lyons Ruth), zvlášť potom práca Georga Gergelyho a Johna Watsona s kontingentnou teóriou (Gergely, Watson, 1999). Podľa teórie VV sa vývin self deje v kontexte regulácie afektov včasných vzťahov. Preto nie je prekvapujúce, že disorganizácia systému VV vyúsťuje do disorganizácie štruktúry self. Predpokladáme, že k dosiahnutiu normálneho sebaaprežívania potrebuje dieťa to, aby boli emočné signály vhodne alebo kontingentne zrkadlené figúrou VV. Zrkadlenie musí byť zvýrazňované, inými slovami, dieťa by malo chápať prejav opatrovníka ako časť jeho vlastného emocionálneho prežívania, nie ako vyjadrenie opatrovníka. Zhromaždili sme dôkaz k tvrdeniu, že absencia zvýrazňovaného kontingentného zrkadlenia je

spojená s oneskoreným vývinom pri disorganizovanej VV. U detí, ktoré mali dezorganizovanú VV, bolo pozorované správanie typu zamrznutia (disociácia) a sebapoškodzovania a pokračovalo to v strednom období detstva opozičnickým, výrazne kontrolujúcim správaním.

Predpokladáme, tak ako to navrhol Winnicott (1956), že ak sa u dieťaťa nevyvinie reprezentácia jeho vlastného prežívania cez systém zrkadlenia (self), dieťa internalizuje predstavu opatrovníka ako časť sebareprezentácie. Túto časť nazývame ako cudzie /alien/ self. Ovládavé /controlling/ správanie u detí s históriou dezorganizovanej VV väzby potom chápeme ako pretrvávanie vzorca, ktorý je analogický s projektívnou identifikáciou, kde prežívanie, ktoré so self /alien/ nesúvisí, „je riešené“ prostredníctvom externalizácie. A tak intenzívna potreba po opatrovníkovi spojená so separačnou úzkosťou v období stredného detstva odráža skôr potrebu po opatrovníkovi ako po nástroji k externalizácii cudzieho /alien/ self. V tomto kontexte nie je táto potreba vnímaná ako len jednoducho neistá VV (Fonagy, Bateman, 2006).

Obrázok č. 3 Zrod cudzieho self: Fonagy, Bateman (2004) - vid' príloha

### **3.4 Dezorganizácia self: cudzie self**

Deti sú konštitučne vybavené očakávaním, že nájdu verziu ich vnútorných stavov zrkadlených ich opatrovníkmi. Tieto zrkadlené odpovede sú nevyhnutné k tomu, aby sa naučili reprezentovať vnútorné stavy- ich vlastné, aj tých druhých (Fonagy et al., 2002). Ideálne je, keď má dieťa dospelého, ktorý reflektuje stavy jeho mysle spôsobom, ktorý dieťaťu ukazuje, že mentálny stav, ktorý je vyjadrovaný, nie je opatrovateľov, ale práve dieťaťa. Toto považujeme za tzv. „zvýrazňované zrkadlenie“ a vnímame ho ako analógiu toho, čo robí aj dobrý psychoterapeut pri reflektovaní pacientovej afektivity.

Ak zrkadlené reakcie reflektuje dospelý nevhodne, dieťa je napriek tomu nútené použiť tieto inkonguentné reflexie k organizácii vlastných vnútorných stavov. Nanešťastie, self bude mať tendenciu za týchto okolností k dezorganizácii, teda inkoherecii a fragmentácii. O tomto fenoméne sa zmienil prvýkrát už Winnicott (1967) a je tiež zdôraznený v Kohutovom koncepte (1971). Obidvaja analytici si všimli, že dieťa vtedy radšej internalizuje rodičovské reprezentácie ako vlastné použiteľné verzie svojich vlastných zážitkov. Toto vytvára v rámci self tzv. „cudzie“ prežívanie (Fonagy et al., 1995). Subjektívne prežívanie, ktoré s tým korešponduje, môže byť vyjadrené nasledovne: túto

jedinci majú pocity a predstavy, o ktorých „vedia že sú ich“, ale „necítia ich ako svoje vlastné.“

### **3.5 Kontrolujúci vnútorný pracovný model**

Predpokladáme, že cudzie aspekty self (v snahe udržania ilúzie koherencie) sú prežívané ako tie, ktoré patria vzťahovej osobe. Výskum VV poukázal na to, že deti s dezorganizovanou VV vykazujú často v období stredného detstva extrémne kontrolujúce a dominantné správanie (Solomon a George, 1999). V literatúre je tento proces často opisovaný ako „evokačná projektívna identifikácia“ (Spillius, 1992). Opatrovateľ je opakovane vmanipulovaný do prežívania emócií, ktoré boli dieťaťom internalizované ako časti self, ktoré dieťa neprežíva úplne ako jeho súčasť.

V tomto kontexte je dobré si pripomenúť, že tento sebaochranný manéver nie je o odvrhovaní pocitov, ktoré si jedinec nedokáže priznať. Slúži skôr ako ochrana pred inkoherenciou self, ktorá vytvára oveľa väčšiu úzkosť. Z klinickej perspektívy preto, zameraním pozornosti pacienta na tento proces len málokedy dôjde k želanému výsledku. Myslíme si, že je nevhodné vnímať tieto stavy mysle ako prejavy dynamického nevedomia a indikátory „pravdivých“, ale „prestrojených“ alebo „potlačených“ želaní a pocitov pacienta.

Ak vzťahová figúra odpovedá na kontrolujúce správanie napríklad tým, že je nazlostená alebo trestajúca, nie je v stave podporiť u dieťaťa rozvoj mentalizačnej funkcie. Emócie rodiča zastrú jeho reflektívnu kapacitu a kontrolujúci vnútorný pracovný model môže naďalej podkopávať šance na vytvorenie agentívnej self-štruktúry (Bateman Fonagy, 2006).

### **3.6 Aktivačné faktory**

Niektoré faktory môžu významne narušiť normálne mentalizovanie. Medzi najdôležitejšie patrí psychická trauma v detstve. Trauma VV podkopáva kapacitu uvažovať o mentálnych stavoch. Môže sa tak diať z niekoľkých dôvodov:

A: inhibícia kapacity uvažovať o myšlienkach a pocitoch druhých ako obrana pri odolávaní reálnych nežičlivých a nenávisných zámerov druhých

B: skorý nadmerný stres narušuje fungovanie mechanizmov arousalu inhibíciou orbito-frontálnej kortikálnej aktivity (mentalizovanie)

C: akákoľvek trauma aktivuje VV (hľadanie bezpečia a ochrany), preto trauma VV môže toto spúšťať chronicky.

Takto sa uzatvára bludný kruh:

TRAUMA - hľadanie bezpečia u traumatizujúceho opatrovníka - ďalšia traumatizácia  
- neustála aktivácia VV- zvýšený arousal- INHIBÍCIA MENTALIZOVANIA

V snahe získať iluzórnú kontrolu nad zneužívaním - identifikácia s agresorom -  
internalizácia zámerov agresora smerom k cudzej časti (disociovej) self - poskytnie to síce  
dočasnú úľavu, ale deštruktívny zámer zneužívajúceho je prežívaný potom zvnútra - dôsledok  
môže byť neznesiteľné prežívanie sebanenávisti

Obrázok č. 4 Sebapoškodzujúci stav: Fonagy, Bateman (2004) – vid' príloha

Obrázok č. 5 Projektívna identifikácia: Fonagy, Bateman (2004) – vid' príloha

### **3.7 Fenomenológia**

Fenomenológia BPD je dôsledkom

A: zabrzdenia mentalizovania v súvislosti so VV

B: znovuobjavením sa modusov prežívania vnútornej reality, ktoré predchádzali vývinu  
mentalizovania

C: konštantným tlakom na projektívnu identifikáciu, opakovanú externalizáciu cudzieho self

Berúc toto do úvahy, pacienti s HPO sú „normálni“ mentalizátori, pokiaľ nie sú  
v kontexte VV. Majú tendenciu nesprávne „čítať“ myseľ iných aj svoju vtedy, keď sa u nich  
zvýši nabudenie /arousal/ a ich vzťah sa posúva do sféry vzťahu VV. Vtedy sa ich schopnosť  
uvažovať o mentálnych stavoch iných rapidne stráca. Objavujú sa predmentalizačné režimy  
self, ktoré majú silu tieto vzťahy dezorganizovať a zničiť súvislosť sebaaprežívania (Fonagy,  
Bateman 2006).

### **3.8 Dezorganizácia VV**

Bezpečnosť pripútania dieťaťa je spojená s kapacitou rodiča mentalizovať ho.  
U rodiča s nízkou kapacitou dochádza zväčša k vývoju neistej, zvlášť dezorganizovanej VV.  
S tým je spojená vyššia pravdepodobnosť sebapoškodzujúceho správania, riziko disociácie  
a agresívneho správania v dospelosti (Lyons- Ruth, 1996). Aj keď mechanizmy, ktoré to  
podmieňujú, nie sú ešte presne známe, predpokladáme, že je to práve nižšia schopnosť

mentalizovania, ktorá zhoršuje sociálne kognitívne schopnosti, zvlášť reguláciu afektov a efektívne fungovanie zameranej pozornosti (Fonagy a Target, 2002).

### **3.9 Porucha mentalizovania u HPO – hraničnej poruchy osobnosti**

Kľúčové deficity u HPO zahŕňajú impulzivitu, problémy so zvládaním emócií a problematické vzťahy (Clarkin et al., 1993). Pre iných autorov (Kernberg 1987, Gunderson 2001, Livesley 2003) sú centrálné problémy s rozlišovaním seba a ostatných a difúzia identity.

Keďže sa predpokladá dôležitá úloha prefrontálnej kôry v úlohách teórie mysle (Gallagher a Frith 2003) zdôrazňovanie prefrontálnych deficitov u HPO (vid' Gabbard, 2005) by mohlo poukazovať na deficit v mentalizovaní. Tým sa nechce povedať, že pacienti s HPO bojujú s mentalizovaním za každých okolností. Ale majú problém vtedy, keď sú emocionálne nabudení, obzvlášť v kontexte intenzívneho vzťahu.

AJ KEĎ JE TENTO DEFICIT PARCIÁLNY, DOČASNÝ A VZŤAHOVO ŠPECIFICKÝ, POKLADÁME HO ZA JADROVÝ PROBLÉM (Bateman, Fonagy 2006).

### **3.10 Nabudenie a hyperaktivácia systému vzťahovej väzby**

„Uzavretie“ mentalizovania sa obvykle objaví ako odpoveď na traumu, zvlášť na traumu vo VV. Pacienti s HPO sa niekedy vyhýbajú premýšľaniu o mentálnych stavoch, pretože zaoberanie sa mentálnymi stavmi zneužívajúceho, ktorý je zároveň aj vzťahovou figúrou je neznesiteľne bolestivé. Preto je pre zanedbávané deti ťažšie naučiť sa jazyku vnútorných stavov (Beeghly a Cicheti, 1994). Je dosť pravdepodobné, že vysoké hladiny nabudenia, ktoré súvisia s traumatickými zážitkami, prispievajú k obmedzeniu fungovania frontálnych oblastí mozgu, ktoré za normálnych okolností podporujú mentalizovanie (Arnsten, 1998, Pelps a LeDoux, 2005).

Nedávne neurozobrazovacie štúdie (Bartles a Zeki, 2000, 2004) ukázali, že keď je aktivovaný systém VV, mozgové oblasti spojené so sociálnym hodnotením a mentalizovaním sú inhibované. Preto je pravdepodobné, že nielen spúšťače, ktoré súvisia s traumou, brzdia u HPO mentalizovanie, ale špecifickejšie, že hyperaktivácia systému VV potláča mentalizovanie. Porucha mentalizovania nie je problémom len preto, že znemožňuje vytvárať sociálne vzťahy, ale aj kvôli tomu, že sa objavujú predmentalizačné štádia myslenia o sebe a ostatných, ktoré vedú k závažným komplikáciám.

### **3.11 Pohľad na HPO v termínoch popretia mentalizačného modelu**

Borderline fenomény môžu byť chápané v spojení s dvoma a viacerými zo štyroch foriem deficitov. Sú to psychická rovnocennosť, predstieraný modus, teleologický modus a všeobecná porucha mentalizovania. Prvé 3 sú vývinovo prvé spôsoby organizácie subjektivity. Tieto režimy fungovania vytvárajú pozorovateľné fenomény ako je pseudomentalizovanie, zneužívanie mentalizovania, rigidne chápanie mentálnych stavov, na kontexte závislé mentalizovanie. Asi najľahšie sa dá spozorovať porucha symbolizácie - mnohými opisovaná ako rigidne chápanie mentálnych stavov u jedincov s HPO.

#### Psychická rovnocennosť:

Rigidne, neflexibilné myšlienkové procesy, absolútne presvedčenia o svojej pravde, extravagantné tvrdenia o tom čo si myslia ostatní alebo vysvetlenia, prečo sa určité činy odohrali, sú znovuobjavením sa subjektivity v moduse psychickej rovnocennosti. Sú totiž presvedčení, že vonkajšia a vnútorná realita sa absolútne zhoduje. Prvá formulácia, ktorá niekomu napadne je tá jediná správna, nesmie byť predmetom skúmania, nedá sa poskytnúť informácia, ktorá by zmenila alebo vypudila takýto postoj. Afektívny tón tohto modusu je obvykle charakterizovaný ako paranoidná hostilita.

V psychickej rovnocennosti sa objavuje aj akási prirodzená grandiozita, spolu so svojim doplnkom, idealizáciou. V tomto moduse je želanie po výnimočnosti prežívané ako aktuálna výnimočnosť, tu a teraz. Kapacita pre pochybovanie (taká nutná v psychologickom myslení) ohľadom vhodnosti, miery či limitov je nedostatočná.

#### Predstieraný modus:

Podstatou tohto modusu je separácia psychickej a fyzickej reality do bodu, kde spojenie týchto dvoch už nie je možné.

Rozhovor síce znie akoby pacient mentalizoval, ale popisované mentálne stavy sa javia zvláštne, akoby bez reálnej implikácie, len málo sa podobajú skutočnému mysleniu, cíteniu alebo ich kombinácii. Toto nazývame pseudomentalizáciou. V extrémnom prípade je pacient disociovaný, hovorí zo sveta odkiaľ je počúvajúcí úplne vylúčený. Rozhovor má teda len zdanie komunikácie. Pri takto vedenej psychoterapeutickej liečbe to môže ísť roky bez náznaku nejakého pokroku, chýba jej zmysel. Zákonite pacienti nejaký zmysel hľadajú, ale keďže si uvedomujú svoje vnútorné stavy len málo, pokúšajú sa nájsť iluzórne spojenie

s fyzickou realitou cez vieru v mysticizmus, okultizmus a iné paranormálne fenomény. Nejde tu o to, že by tieto aktivity boli vnútorne bez akejkolvek hodnoty, ale jedinci s HPO nie sú vo výhodnej pozícii, aby z nich mali úžitok. Tieto predstavy nevyplnia ich medzeru ohľadom zmyslupnosti.

#### Teleologický modus:

Vývinovo najprimitívnejší modus subjektivity, ktorý sa vyskytuje najmä u závažných foriem HPO. Zmeny mentálnych stavov sú hodnotené ako reálne len vtedy, keď sú sprevádzané fyzicky pozorovateľnými činmi, ktoré sú kontingentné s pacientovými želaniami, presvedčeniami a pocitmi. V tejto súvislosti si treba uvedomiť, že HPO pacienti vyvíjajú konštantný tlak na preukázanie konkrétneho (fyzického) dôkazu, ktorý sa vymyká terapeutickému zmluve, akokoľvek flexibilnej

HPO pacienti sú tlačení do fungovania v psychickej ekvivalencii, predstieraného alebo teleologického modusu, pretože stratili kapacitu vnímať mentálne stavy, či už kvôli ohrozeniu (obranne) alebo kvôli zintenzívneniu emočného nábudenia. Preto k pochopeniu symptomatických činov akými sú napr. sebapoškodzovanie, je rozhodujúce identifikovať zážitky, ktoré spustili stratu mentalizovania. Tým sa síce nevytvorí v každej situácii obnova mentalizovania, každopádne to terapeutovi pomôže vyhnúť sa podobnej chybe.

Napríklad, zameraním sa na vzťah terapeut – pacient, môže terapeut zosilniť VV, to potlačí kapacitu pre mentalizovanie, čo môže limitovať schopnosť pacienta počúvať terapeutove komentáre. Interpretácia typu „Vy sa na mňa hneváte“ môže byť síce pravdivá, ale zriedkakedy nápomocná.

Terapeut by mal skôr zdôrazniť pacientovu myseľ z jeho perspektívy a komentár typu: „Spôsob akým sa mračíte ma nabáda k uvažovaniu, že sa možno cítite na niečo nahnevaný a ja by som bol zvedavý, čoho by sa to tak mohlo týkať“ by bola vhodnejšia mentalizačná intervencia.

## 4. HODNOTENIE MENTALIZOVANIA

### 4.1 Niektoré kľúčové princípy v hodnotení mentalizovania

Mentalizovanie je súčasťou toho čím sme. Je zakódované v našom jazyku, našom interpersonálnom správaní. Mnohí z nás mentalizujú dokonca aj vtedy, keď aktívne nepremýšľajú o mentálnych stavoch. Robíme to tak, že používame kliše alebo „otrepaný“ mentalizujúci jazyk. Čistá referencia k pocitu alebo myšlienke, ešte nevyhnutne neznamená, že rozprávač aktívne premýšľa o pocite či myšlienke. Keď poviem „On sa hnevá“, v myslí môžem mať predstavu s výrazom osoby so zlostnou tvárou alebo držaním tela a nemusím pritom uvažovať o mentálnom stave ako takom. Mentalizovanie je jasne prítomné len vtedy, keď je daná odpoveď na nečakanú otázku, ktorá vyžaduje čerstvú konštrukciu, ktorá zahŕnie niekoho myšlienky či pocity. Preto sa pri hodnotení mentalizovania musíme pozeráť za horizont prostého vymenúvania slov o mentálnych stavoch a nebrať do úvahy, čo je pravdepodobne otrepanou súčasťou jazyka.

### 4.2 Mentalizovanie v interpersonálnom kontexte

Hodnotenie interpersonálneho sveta poskytuje ideálny kontext pre hodnotenie mentalizovania. V MBT je to podobné ako v bežnom prístupe klinika. Teda identifikovať dôležité súčasné a minulé vzťahy a plne ich prepátrať. Dôraz nie je na vzťahy minulé, ale na súčasné dôležité figúry v pacientovom živote. Na začiatku terapie sa minulé neprezentuje ako príčina súčasného.

Suicídálne pokusy, sebapoškodzovanie a užívanie drog majú nevyhnutne interpersonálny kontext. Reprezentácie interpersonálnych udalostí, ktoré predchádzajú dôležitým momentom ako napr. epizódam sebapoškodzovania, podávajú živý obraz o kvalite mentalizovania, ktorá charakterizuje individuálnu úroveň fungovania. U niektorých bude zjavnejšie pseudo-mentalizovanie, u väčšiny budú mentálne stavy charakterizované týmito parametrami: forma vzťahu, interpersonálny kontext ktorý to spôsobuje, zmena, ktorú si vo vzťahu pacient žela, špecifické správanie, ktoré tieto zmeny spôsobia

Z pohľadu vytvorenia liečebnej stratégie by sme mali zhodnotiť celkovú formu vzťahovej hierarchie, ktorá opisuje pacienta. Veľmi zjednodušene a redukcionisticky (vzhľadom k lepšej klinickej aplikácii) sa rozlišujú 2 skupiny:



- 1- Tí, ktorých dôležité súčasné a minulé vzťahy významne podmieňujú self (centralizovaní)
- 2- Tí, ktorých reprezentácie vzťahov zdôrazňujú malú podmienenosť medzi myšlienkami a pocitmi pacienta a dôležitými osobami v jeho živote (distribúvaní)

### 4.3 Ako vyzerá slabé mentalizovanie?

Najčastejšie sa dá odhaliť podľa obsahu príbehu. Napríklad pri rozprávaní o mentálnych stavoch, pacient uprednostňuje rozprávanie o všeobecných vonkajších faktoroch, sociálnych inštitúciách, vláde, manažmente, fyzickom prostredí. Zaoberá sa pravidlami, úlohami, povinnosťami, zodpovednosťou, ako by tieto mali byť vysvetlením pre správanie. U iných je rozprávanie zase „zriedené“, popierajú zaangažovanie v príbehu, sú váhaví pozrieť sa na svoje zámery a zámery ostatných. Tiež je prítomná tendencia ku zovšeobecňovaniu a značkovaniu. V týchto prípadoch sa správaním vysvetľuje „diagnóza“ alebo celá osobnosť, napríklad: „Vybuchla som na neho, lebo mne stačí tak málo“ alebo „Tieto skúšky som neurobil, pretože som veľmi sebadeštruktívny“.

Nejde vždy len o obsah, ale aj o štýl a implicitnú úroveň rozprávania. Štýl môže byť riedky alebo naopak prehnaný. Ak je zveličený, príliš detailný, pacient hovorí o udalostiach do takej hĺbky, že príbeh zahaľuje vnútorné stavy mysle zúčastnených postáv.

Slabé mentalizovanie na implicitnej úrovni možno ľahko zaznamenať, ale rovnako ľahko aj prehliadnuť. Pacient môže vyjadrovať prílišnú istotu o myšlienkach a pocitoch ostatných, akoby jeho model mysle iných, bol ten výlučne správny. Podobne nedostatok zvedavosti o motívy druhých prezradí slabé mentalizovanie. Taktiež nachádzanie chýb a obviňovanie druhých je skratkou k prirodzenej možnosti pochopenia ostatných.

### 4.4 Mimoriadne slabé mentalizovanie

Pri odpovediach na mentálne stavy môže byť pacient otvorene hostilný, aktívne vyhýbavý (mení predmet rozhovoru, odmieta odpovedať) alebo naznačuje neverbálne reakcie (chce odísť, začne telefonovať). Menej extrémnym príkladom môže byť zameriavanie sa na doslovný význam slov alebo odpoveď pacienta na otázku ako sa mohol napr. pán X asi cítiť spôsobom „Ja neviem“. Odpoveď je síce primeraná, ale pacient ňou môže komunikovať „Nechcem o tom rozmýšľať“.

Všetky tieto odpovede vnímame ako odpovede na potencionálne ohrozenie, s ktorým môže byť mentalizovanie pre pacientov spojené. U niekoho, kto bol traumatizovaný v súvislosti s premýšľaním o pocitoch a myšlienkach iných, je pochopiteľný odpor, ak je do toho opäť tlačенý. Mentalizovanie tu hodnotíme ako slabé.

#### 4.5 Pseudomentalizovanie

Asi najväčšou výzvou v rozpoznávaní mentalizovania je schopnosť odlíšiť ho od pseudomentalizovania. Toto väčšinou spadá do jednej z troch kategórii: intruzívne, hyperaktívne a ničivo nepresné. Ide skôr o pomôcku k identifikácii, než o spôsob striktnej kategorizácie, nakoľko sa často prekrývajú.

##### Intruzívne:

Objavuje sa, keď sa nezohľadňuje svojbytnosť a nepriehľadnosť mysle. Jedinec verí, že „vie“ ako a čo si druhá osoba myslí a cíti. Často sa objavuje v kontexte relatívne intenzívnej VV, kde pseudomentalizujúci vyjadruje čo si myslí a cíti terapeut, ale rozširuje to už za špecifický kontext. Mentálne stavy popisuje s takou bohatosťou a komplexnosťou, že je veľmi nepravdepodobné, že by mohli byť založené na dôkaze. Keď padne napríklad dotaz: „Ako viete, že sa cítil neadekvátne a rivalizoval s Vami?“ odpoveď je často úplne nementalizačná - „Proste to viem“.

##### Hyperaktívne:

Typické je tým, že pacienti investujú nadmerné množstvo energie do uvažovania ako sa cítia a myslia ostatní.. Ide o idealizáciu vľadu pre svoj vlastný účel.

##### Ničivo- nepresné:

Dve predchádzajúce sú striktné povedané „nepresné/ nevhodné“ spôsoby myslenia o myslení a cítení iných. Napriek tomu sú aspoň sčasti prijateľné, aj keď pravdepodobne nesprávne. Ale ničivo- nepresné pseudomentalizovanie popiera objektívnu realitu. Často má podobu obvinení ako „Provokoval si ma“ alebo „Vyžadoval si, aby som ťa udrel“. Pacienti vtedy popierajú reálne pocity druhých a nahradia ich nepravými konštrukciami. Napríklad, dcéra povie starostlivej matke: „Bola by si šťastná, keby som bola mŕtva“. V extrémnom mentálnom stave môžu iným pripísať úplne bizarné veci: „Ty chceš, aby som zošalela. Myslím, že si v spolku, ktorý sa ma pokúša zničiť“. Tento príklad možno zaradiť aj do

kategórie zneužívania mentalizovania, kde nesprávnosť slúži cieľu = použitie mentalizovania ku kontrole druhého.

Slabé mentalizovanie a pseudomentalizovanie treba porovnávať s celkovou schopnosťou mentalizovania. Jednotlivé formy sa môžu vyskytovať v špecifickom kontexte - či už tématickom alebo vzťahovom.

#### **4.6 Rigídne chápanie**

Je to najčastejšia forma slabého mentalizovania. Vývinovým dôsledkom je modus psychickej rovnocennosti. Je typický pre deti vo veku 2-3 roky. Niet rozdielu medzi predstavou resp. myšlienkou a fyzickou realitou. Vonkajšie = Vnútorne.

Pacient nedokáže spájať myšlienky a pocity na jednej strane, so správaním u seba a ostatných na strane druhej. Ppri vysvetľovaní správania je bežné používanie predsudkov a ďalších generalizácií. Ako vysvetlenia sa akceptujú kategorizácie, napr. „Celý deň nič nerobí, len preto, že je lenivý“. Pacienti ponúkajú vysvetlenia v nesprávnych úrovniach rozhovoru, napr. pacient je dotazovaný na hľadanie vnútorného motívu, ale odpovie v termíne fyzická. Napríklad svoj agresívny výbuch vysvetľuje vo vzťahu k izbe, kde bol (zlá klimatizácia, prekúrené), ale nie vo vzťahu, aký to na neho malo dopad („Cítil som sa ako v pasci, Dusil som sa, Pripomínalo mi to ako som bol ako dieťa držaný keď som mal trest“ a pod....).

Známky takéhoto chápania možno nájsť aj v štylizácii. Hovoria v absolútnych termínoch- „ty nikdy, ty vždy, ty absolútne ...“. Ďalšími charakteristikami sú sebaobviňovanie, štiepenie, čierno biele videnie alebo „pochovávanie“ podstaty v detailoch. Puncom je evidentný nedostatok flexibility. Prirodzený proces prepracovania sa cez istý rozsah možností s následným vylúčením tých nepravdepodobných jednoducho nemajú prístupní. Neustály zápas myšlienok a pocitov vo vzťahu k realite by ich vhnal do hlbokého pocitu odcudzenia a nepochopenia.

Správanie bez rozmýšľania u nich nie je len jednoduchá porucha inhibície, ide o poruchu mechanizmu, ktorá za normálnych okolností funguje ako nárazník medzi vnímaním a správaním. Za normálnych okolností rezonancia so stavom mysle niekoho iného naštartuje proces reflexie a výberu odpovede. U pacientov s rigídny myslením, rezonancia okamžite spúšťa akciu.

Toto chápanie je založené na vzhľade. Fyzický stav vecí je často nesprávne interpretovaný. Napríklad, zavreté dvere nevyhnutne znamenajú odmietanie. Na extrémnejšej

strane kontinua, myšlienky, ktoré len preblesknú hlavou hocikoho z nás, sa u nich stávajú ustanovenými predstavami a sú platné bez ďalšieho pýtania sa.

#### **4.7 Zneužívanie mentalizovania**

Značné množstvo jedincov so závažnými poruchami osobnosti vykazuje zdanlivo nadmernú kapacitu k mentalizovaniu. Tento dojem vzniká kvôli tomu, že používajú mentalizovanie k ovládaniu správania druhého človeka. Čítanie mysle druhého im umožňuje „tlačiť na tie správne gombíky“. Vyvolané reakcie sú zväčša negatívne (vyvolajú u druhých hnev), ale v širšom kontexte slúžia pacientovi (pacient je „v práve“, potvrdený ako obeť neoprávnenej prehnanej reakcie osoby, ktorú vmanipuloval k hnevu). V iných prípadoch takéto osobnosti môžu použiť mentalizovanie k zvädzaniu alebo uisťovaniu, nakoľko predpokladajú potreby a záujmy osoby s ktorou sú v interakcii.

Avšak, u týchto ľudí je veľká nerovnováha medzi kapacitou mentalizovať ostatných a schopnosťou správne vnímať seba. Nerovnováha môže byť aj medzi senzitivitou k (myšlienkam, presvedčeniam, poznatkom) a emocionálnym stavom a afektívnemu prežívaniu. Iným príkladom zneužívania je pokus indukovať špecifické myšlienky a pocity u druhej osoby. V extrémnom prípade ako u antisociálnej osobnosti sa môžu použiť poznatky o pocitoch druhých sadistickým spôsobom. Snažia sa vynútiť si dôveru a plne vzťah využiť vo svoj prospech.

Častejšie sa ale stretávame so zneužitím mentalizovania v zmysle vyvolávania pocitov viny, úzkosti, hanby alebo neoprávnenej lojality k získaniu kontroly nad druhým. Toto je v PST s hraničnou poruchou osobnosti (HPO) veľmi bežné.

Špeciálnou formou tohto donucovacieho zneužívania je uvážlivé podkopávanie kapacity rozmýšľať. Pre HPO pacientov už len prítomnosť osoby, ktorá dokáže uvažovať, môže byť hlboko ohrozujúca. Zvýšením nabudenia dôjde ľahko k podkopaniu mentalizovania. Pre „obet“ je to odporná skúsenosť. A tak krik, fyzické vyhrážky alebo jazyk zneužívania, môžu všetky slúžiť k zablokovaniu mentalizovania. Jemnejšie povedané, pacienti môžu vyvolávať poruchu mentalizovania napríklad ponížovaním alebo podobnými vyhrážkami. Z ďalších príkladov, suicidálne vyhrážky môžu u terapeuta vyvolať úzkosť a zároveň naznačovať profesionálne zlyhanie (hanba) a preto sčasti (alebo úplne) slúžia k „uväzneniu“ terapeutovej kapacity adekvátne uvažovať o pacientových mentálnych stavoch.

## 4.8 Ako vyzerá kvalitné mentalizovanie?

Tu je zoznam niekoľkých sebaopisov. Pri vyšetovaní by sme mali hľadať dôkazy týchto stôp, nestačí, že to pacient verbalizuje.

1. Vo vzťahu k pocitom a myšlienkam ostatných:

A: nepriehľadnosť- nevieme čo sa presne deje v mysli druhého, ale zároveň nie sme ani úplne bezradní čo by sa tam asi mohlo diať. „To čo sa stalo Chrisovi ma prinútilo zamyslieť sa, že často nechápeme reakcie ani tých najlepších priateľov“.

B: neprítomnosť vzťahovosti - „Nemám rád, keď sa hnevá, ale pomocou lichôtok ho vylákam a pohovoríme si o tom“.

C: uvažovanie a reflektivita - počas interview pacient uvažuje prečo dotyčný, ktorého dobre pozná sa správal istým spôsobom

D: akceptácia perspektívy - akceptácia, že na tú istú vec môžu mať ľudia na základe osobnej histórie rôzny pohľad

E: prirodzený záujem o myšlienky a pocity druhých - nielen o obsah, ale aj štýl

F: otvorenosť k objavovaniu

G: odpustenie - akceptácia podmienok ostatných, ktoré majú pri chápaní ich mentálnych stavov

H: schopnosť predpovedať- reakcie ostatných na základe myšlienok a emócií

2. vnímanie vlastného mentálneho fungovania:

A: premenlivosť- schopnosť pochopiť, že na základe zmien u seba môžeme chápať ináč aj tých ostatných

B: vývojová perspektíva - s vývojom sa pohľady na iných prehľbujú a stávajú sofistikovanejšími

C: reálny skepticizmus - poznanie, že emócie u človeka môžu byť zmätené

D: uznanie predvedomej funkcie - uznanie, že kedykoľvek si človek nemusí byť vedomý všetkého čo cíti, obzvlášť v čase konfliktu

E: konflikt - uvedomenie si, že v nás existujú aj nekompatibilné predstavy a pocity

F: sebakúmový postoj

G: záujem o rozdielnosť

H: dopad afektu - uvedomenie si ako môžu emócie skresľovať chápanie iných a seba

3. Sebareprezentácie:

A: pedagogické schopnosti a schopnosť počúvať- vnímanie, že sme schopní niečo vysvetliť ostatným s tým, že ostatní nás vnímajú ako pacienta a počúvajú ho

B: autobiografická kontinuita - pamäť na seba ako na dieťa

C: bohatý vnútorný život - jedinec sa neprežíva ako prázdny a bezobsažný

#### 4. Všeobecné hodnoty a postoje:

A: hypotetickosť - chýba absolútna istota čo je správne a čo nie, sklon k relativizmu a komplexnosti

B: zdržanlivosť - vyvážený postoj k väčšine vyjadrení ohľadom vnútorných mentálnych stavov, prichádza z akceptácie možnosti, že nie je privilegovaná pozícia ohľadom mentálnych stavov ostatných, preto je nutný sebamonitoring k odhaleniu svojich prípadných chýb, „ Všimol som si, že na niektoré veci reagujem prehnane“ (Bateman, Fonagy 2006).

## 5. NEUROBIOLÓGIA

### 5.1 Evolučné a neurobiologické spojenia medzi VV a mentalizovaním

#### 5.1.1 Selektívne výhody vzťahovej väzby

Ako vzrastá naše pochopenie prepojenia mozgového vývoja a skorých psychosociálnych zážitkov, môžeme vidieť, že evolučná úloha VV ide oveľa ďalej ako len k poskytovaniu fyzickej ochrany malému dieťaťu. VV poskytuje to, k čomu bol mozog vytvorený, teda, že mozgové procesy, ktoré slúžia sociálnym kogníciám, sú vhodne organizované a pripravené vybaviť individuum ku kolaboratívnej existencii s ostatnými. V nedávnej minulosti sa začali objavovať prepojenia na biologické cesty a smery (Plotsky et al, 2005, Champagne et al 2004). Tieto práce ilustrujú ako také základné procesy akými sú génová expresia či zmeny v hustote receptorov sú ovplyvňované prostredím v ktorom dieťa je. MOZOG JE ZÁŽITOK-OČAKÁVAJÚCI (Siegel, 1999)

#### 5.1.2 Selektívne výhody mentalizovania

Mentalizovanie je evolučným „vrcholom“ ľudského intelektuálneho úsilia. Ale čo bolo tou hybnou silou selekcie približne dvoch miliónov rokov smerom ku uvedomovaniu si mentálnych stavov u seba a ostatných? Boli to opakované výzvy fyzického sveta, ktorým čelili naši predkovia? Prekvapujúco, skoky vpred vo veľkosti mozgu v priebehu evolúcie nekorešpondujú s tým, čo nazývame ekologickými požiadavkami na našich hominidných predkov (klimatické zmeny, ohrozenie predátormi, dostupnosť koristi).

Evolučný biológ Richard Alexander (1989) navrhol široko akceptovaný model vývoja ľudského mozgu. Podľa neho výnimočná ľudská inteligencia nevychádza z nepriateľských síl prírody, ale v hre je skôr vysporadúvanie sa s kompetíciou s ostatnými ľuďmi. Táto časť evolúcie sa objavila až vtedy, keď sa náš druh stal relatívne dominantným. V tomto bode sme sa stali „hlavnou nepriateľskou silou prírody“.

U všetkých druhov možno vidieť súťaživosť, ale ľudský druh je v tomto ohľade špecifický, pretože úlohu, ktorú zastávame v rámci sociálnej skupiny je významne spojená s úspechom. Ako postupne narastala inteligencia u „protivníkov“ (druhých ľudí), čoraz väčšie požiadavky boli kladené na mentalizačnú kapacitu. Vytváranie a manipulácia s mentálnymi scenármi (myšlienky o myšlienkach a pocitoch) získavali čoraz väčšiu reprodukčnú výhodu.

Ak myseľ určovala správanie a anticipácia s interpretáciou správania umožňovali spoluprácu, vytváral sa tým pádom selekčný tlak na vyššiu úroveň sociálnej interpretačnej kapacity.

### 5.1.3 Interpersonálna interpretačná funkcia

Kapacita interpretovať ľudské správanie (pozri Bogdan, 1997) vyžaduje intencionálny stav: „zaobchádzanie s objektom, ktorého správanie chceme predpovedať ako s racionálnym činiteľom, ktorý má svoje presvedčenia a túžby.“ (Denett, 1987, p. 15). Táto kapacita sa označuje ako IIF.

### 5.1.4 Neuronálne systémy a sociálne kognície

K vývinu interpretačnej funkcie (Fonagy a Target, 2002) prispievajú 4 mechanizmy kontroly a emočného spracovania:

Označovanie emócií a ich porozumenie

Regulácia nabudenia

Zámerná kontrola pozornosti

Špecifické mentalizačné kapacity

Tieto interpretačné funkcie sú riadené 3 osobitnými, ale navzájom prepojenými a komunikujúcimi uzlami v mozgu.

1. uzol je tvorený štruktúrami, ktoré kategorizujú stimuly ako sociálne a dešifrujú ich sociálny účel.

- area fusiformis, sulcus temporalis superior, predná temporálna kôra

2. uzol sa zameriava na afekt a patria sem aj oddiely spojené s odmenou a trestom. Systém sprostredkováva vzťahové zážitky a interakciou s predchádzajúcim uzlom dáva sociálnym stimulom emocionálnu dôležitosť.

- amygdala, hypotalamus, nucleus accumbens, nucleus striae terminalis

3. uzol sa venuje regulácii kognícii, podieľa sa na zámernej pozornosti, na cieľ zamerané správanie, mentalizovanie (zohľadnenie perspektívy, úlohy teórie mysle).

- dorsomediálna prefrontálna a ventrálna prefrontálna kôra

Základy mentalizovania nachádzame aj u nehumánných druhov- tak ako to vyplynulo z nedávnych prác zameraných na zrkadlové neuróny (Galesse, Keusers a Rizzolatti, 2004). Potvrdzujú, že pochopenie činov ostatných vyžaduje aktiváciu systému zrkadlových neurónov



a k pochopeniu emócií ostatných je nutná aktivácia visceromotorických centier. Motorické neuróny v prednej premotorickej kôre makakov odpovedali, keď opica robila konkrétny, na cieľ zameraný čin, ale aj vtedy ak táto opica pozorovala rovnaký alebo podobný čin vykonávaný inou opicou (Galesse, Fadiga, Fogassi a Rizzolatti, 1996).

Extrapoláciou tohoto výskumu zrkadlových neurónov, by sme mohli predpokladať dvojúrovňový systém, ktorý podchycuje mentalizovanie: fronto-kortikálny systém vyvoláva deklaratívne reprezentácie, kým systém zrkadlových neurónov plní skôr úlohu bezprostredného a priameho pochopenia iných. V prednej časti inzuly sa spracováva vizuálna informácia zameriavajúca sa na emócie ostatných, následne je priamo prenesená /mapped/ na „rovnaké“ visceromotorické neuronálne štruktúry, ktoré určujú prežívanie rovnakej emócie u pozorovateľa (Wicker et al., 2003). Takéto prenášanie v neuronálnom systéme sa môže diať už pri púhej predstave emócie u iného človeka (Singer et al., 2004).

Galesse a Goldman uvažujú v zmysle predpovedania správania iných o spoločne zdieľanom neuronálnom prenášaní medzi tým čo osoba „hrá“ (ako sa správa) a tým ako to vnímame (Galesse, 2003, Goldman a Sripada, 2005).

## 5.2 Neurobiologický základ mentalizovania

Mentalizovanie je jednou z funkcií toho čo voľne voláme „sociálny mozog“ (Brothers, 1997). Pri používaní tohto termínu by sme však nemali tvrdiť, že oblasti mozgu, ktoré sú aktívne pri mentalizovaní, sa exkluzívne venujú len spracovávaniu sociálnych stimulov (Fernandez-Duque, Baird, 2005). Rôznorodosť mozgových štruktúr, ktoré sú aktívne pri úlohách spojených s metalizovaním, súhlasí s mnohorakou povahou mentalizovania (Fonagy et al. 2007).

Mentalizácia (podľa Koukolík 2010) je:

- schopnosť chápať, že pozorované osoby alebo veci, ktoré nejakým spôsobom jednú alebo majú túto schopnosť (agenti), sú nositeľmi duševných stavov, ktoré sa nedajú pozorovať priamo (napríklad presvedčenia, viera, túžba po niečom)
- zároveň schopnosť vysvetliť a správne alebo nesprávne predpokladať správanie „agentov“ v pojmoch týchto duševných stavov

Mentalizácia je prejav činnosti obojstrannej neuronálnej siete veľkého rozsahu vo frontálnych, temporálnych a parietálnych lalokoch. Úlohy, ktoré zahŕňajú mentalizovanie aktivujú predovšetkým mediálnu prefrontálnu kôru, prednú cingulárnu kôru, precuneus,

vonkajšiu oblasť strednú temporálnych lalokov, kôru na hranici temporálneho a parietálneho laloku, kôru sulcus parietalis superior a kôru polí temenných lalokov. Do istej miery je mentalizovanie lateralizované, každopádne niektoré práce usudzujú, že pre reprezentáciu obsahu vedomia druhého človeka je nutná činnosť pravej TPJ (temporoparietálna junkcia), iné štúdie prišli k záveru, že ich reprezentuje ľavá TPJ.

Tabuľka 1 Funkcie kľúčových mozgových štruktúr zahrnutých do mentalizovania

Gyrus fusiformis	Identifikácia osôb
Sulcus temporalis superior	Vnímanie činnosti a zámeru v správaní
Amygdala	Značenie emocionálnej významnosti správania
Temporálne polia	Vytváranie sémantického kontextu pre správanie
Zrkadlové neuróny	Súzvuk s pozorovanými emóciami a činmi, imitácia
Insula anterior	Prežívanie a pozorovanie bolesti, hnusu
Cingulum anterior	Zámerná kontrola pozornosti, emócií a kognícií
Orbitofrontálna kôra	Monitorovanie premenlivých reinforcement contingencies
Mediálna prefrontálna kôra	Samotná oblasť mentalizovania (prekrývanie s cingulom)

K afektívnemu zafarbeniu pri vyhodnocovaní myšlienok a zámerov dochádza okrem aktivity v amygdale k zvýšenej aktivite aj v orbitofrontálnej kôre a insulárnej kôre. Inzulárna kôra je zároveň vysoko aktívna pri poznaní, že druhá strana nás oklamala.

Poznávací register batoliat, ktorý sa týka duševných stavov druhých je obmedzený. Treba rozlišovať obyčajnú citlivosť na podnety, ktorých zdrojom môže byť druhý človek (môže sa týkať pohybov tela, smeru pohľadu, emočných prejavov) od zložitejšieho, mentalistického prisudzovania vnemov, emócií a vnútorných zážitkov druhej osobe.

Behaviorálne experimenty s dojčatami a batoliatami dokazujú, že sa v prvých dvoch rokoch života začne prejavovať činnosť systému, ktorý je schopný uvažovať o vnímaní, emóciách a cieľoch druhých ľudí. Okolo štvrtého roku života sa objavuje systém reprezentujúci presvedčenia druhých ľudí (Koukolík, 2008).

Za kľúčové znaky schopnosti mentalizovať sa považujú referencia (prisudzované stavy sa týkajú predmetov a situácií) a koherencia (výsledky prisudzovania mentálnych stavov sú v systematických a kauzálnych interakciách). Kľúčovým testom dosiahnutej mentalizácie je test mylného presvedčenia /false belief/. Úspech pri riešení sa vysvetľuje dvoma spôsobmi.

A- Dieťa v 3-4 rokoch „dozrie“, takže je schopné reprezentácie pojmu „presvedčenie“ druhej osoby. Ide teda o novo získanú schopnosť

B- Malé dieťa už nositeľom tohto pojmu je, ale dovtedy to nezvláda preto, že ešte nie sú „zrelé“ ďalšie nevyhnutné funkcie

V rovnakej dobe, keď deti zvládajú test mylného presvedčenia, zvládajú aj kontrolu inhibície a niektoré aspekty syntaxu. U dospelých je táto problematika riešená funkčnými neurozobrazovacími metódami. Ide vlastne o štúdium funkčnej anatómie mentalizácie. Úlohou vyšetovaných zdravých ľudí je pochopiť motiváciu, pocity a činy postáv z príbehov, ktoré si vypočuli, alebo sa pozerali na obrázky rôznych predmetov a otázka znela, či by ich funkciu rozumel Kryštof Kolumbus.

Úvaha navrhuje, že oblasť, ktorá by sa dala pripísať mentalizácii:

- by mala zvyšovať aktivitu pri všetkých podnetoch, ktoré znamenajú prisudzovanie presvedčenia druhej osobe, bez ohľadu na to, či je pravdivé alebo nepravdivé
- odpoveď oblasti by mala byť špecifická
- ďalšia otázka je, či sa uvažovaná oblasť odlišuje od oblastí, ktoré reprezentujú iné duševné procesy, napríklad emócie

Pri výklade týchto experimentov treba odlišiť či systémy reprezentujú vlastné duševné stavy alebo duševné stavy druhých ľudí.

Vyšetrovanie 12 pacientov s ložiskovým poškodením mozgu: testovanie bolo zacielené na mylné presvedčenie a dokázalo, že sa dopúšťajú chýb. U 4 pacientov sa chyby vyložili poškodením riadiacich funkcií v dôsledku poškodenia prefrontálnych systémov. U 3 chorých sa vyložili poškodením ľavostrannej kôry lobulus parietalis inferior, teda TPJ (Apperly et al., 2008 in Koukolík 2010).

### **5.2.1 Mentalizovanie emócií**

Rozhodujúci k mentalizovaniu emócií je tento rozdiel: byť v emocionálnom stave a uvedomovať si emóciu. Frith a Frith (2003) vysvetľujú, že mentalizačná oblasť sa zúčatňuje na vytváraní reprezentácií, ktoré sú oddelené (alebo o krok späť) od vnímania a tieto reprezentácie môžu byť využité v ďalšom kognitívnom spracovaní. Mentalizovanie emócií zdôrazňuje prácu s pocitmi: ich identifikáciu, moduláciu a vyjadrovanie.

Liebermann et al (2007) ukázali, že označovanie afektov (výber a priradovanie slov k emócií vyjadrenej tvárovou mimikou) zvyšuje aktivitu v pravej ventrolaterálnej prefrontálnej kôre a znižuje aktivitu v amygdale a príblych častiach limbického systému. Ba čo viac,

mediálna prefrontálna kôra sprostredkúva tento vzťah medzi amygdalou a ventrolaterálnou prefrontálnou kôrou.

### 5.2.2 Mentalizovanie interpersonálnych interakcií

Mentalizačná oblasť prefrontálnej kôry je zreteľne aktívna nielen v spojení s emóciami, ale aj pri rôznych úlohách teórie mysle (Frith and Frith 2003). Napriek tomu, že existuje evidentné „prekrývanie“ oblastí mentalizovania emócie a kognície (vnímanie emocionálnych stavov u seba a iných ako takých versus myslenie o myslení iných) isté rozdiely existujú. Na mentalizovaní emócie a kognície sa podieľajú aj rozdielne neuronálne siete (Fonagy 2007). Mentalizovanie emócie aktivuje viac ventrálne časti, kým mentalizovanie kognície skôr dorzálne časti (Mundy 2003, Volkmar et al. 2004).

Kontrolované štúdie, ale tiež okrem prefrontálnej kôry poukazujú na aktiváciu temporoparietálnej junkcie v úlohách teórie mysle (Saxe a Kanwisher 2003, Volm et al. 2006). Navyše spodná časť parietálnej kôry vykazovala aktivitu, keď účastníci prijali perspektívu inej osoby (Decety 2005).

### 5.2.3 Paradoxy vzťahovania

Bezpečná vzťahová väzba napomáha mentalizovaniu a vice versa. Niektoré neurozobrazovacie zistenia odкрývajú zdanlivo paradoxné nálezy. Napríklad, že pocity lásky vo vzťahu (k partnerovi alebo dieťaťu) môžu deaktivovať kôrové oblasti spojené s mentalizovaním (Fonagy 2006).

Nález deaktivácie mediálneho prefrontálneho/paracingulárneho kotrexu a amygdaly so súčasným zvýšením aktivity v oblastiach odmeňovacieho systému interpretujú (Bartles a Zeki, 2004) ako zníženú potrebu k mentalizovaniu vo vzťahoch lásky. Potlačenie aktivity v týchto oblastiach sa spája s redukciou možných kritických hodnotení od ostatných a negatívnych emócií. Tieto nálezy nás dostávajú bližšie k vysvetleniu prečo „nás lásky robí slepými.“ (Bartles a Zeki, str. 1164)

## 5.2.4 Unavené/ vyčerpané mentalizovanie

Užitočný tip pri pomoci pacientom vo vzťahu k zvládaniu konfliktov: v kontexte intenzívneho emocionálneho nabudenia sa mentalizovanie nachádza v stave offline, pričom odpoveď boj alebo útek ide do režimu online.

Kľúčové neuromodulátory: noradrenalín- pozornosť, ostražitosť, vigilancia, kontrolované zámerné spracovávanie informácií vo fáze stresu

Dopamín- energetizácia približovacieho správania ako odpoveď na stimuly s potencionálnou odmenou

Serotonín- modulácia nabudenia v noradrenalínovom a dopamínovom systéme (Plizska 2003)

Nejde len o množstvo mediátorov, ale aj o aktivitu receptorových podtypov (Arnsten a Goldman-Rakic 1998).

K pochopeniu narušeného a „vyčerpaného“ mentalizovania sú dôležité dva body.

1. Následkom tzv. neurochemického switchu spojeného so zvýšenou úrovňou emocionálneho stresu sa môže fungovanie mozgu presmerovať od flexibility k automaticite, to znamená od relatívne pomalých exekutívnych funkcií sprostredkovanými mediálnou prefrontálnou kôrou k rýchlejšiemu habituálnemu a inštinktívnemu správaniu sprostredkovanému posteriornými kôrovými (parietálna) a podkôrovými štruktúrami (amygdala, hipocampus, striatum). Súčasne s tým ide mentalizovanie offline, kým defenzívne odpovede (boj- útek) sa stávajú online. Takáto kapacita rýchleho switchingu napr. pri odpovedi na ohrozenie, má evolučnú hodnotu. Ale v menej krajných situáciách ako sú napr. situácie interpersonálneho stresu, je takéto automatické odpovedanie typicky maladaptívne, Najadaptívnejšie je komplexné kognitívne- emocionálne fungovanie (napr. mentalizovanie)

2. Existujú intra-individuálne rozdiely v prahu pre switching, navyše tento prah môže byť ešte znižovaný skorou traumou a stresom

## 6. POSTOJ TERAPEUTA

Mentalizovanie v psychoterapii je proces spojenej pozornosti, v ktorej sú pacientove mentálne stavy predmetom skúmania. Pacient by mal nachádzať seba v mysli terapeuta a rovnako terapeut musí chápať seba v mysli pacienta, ak majú spolu vyvinúť mentalizačný proces. Oboja by mali zažívať to, že jedna myseľ mení inú myseľ. Hlavným záujmom nie je pacientove správanie, ale stav mysle. Záujmom má byť to, čo je alebo môže byť v mysliach, to čo vytvára terajšiu situáciu a rozpoznanie, že ani pacient ani terapeut neprežívajú interakciu ináč ako dojmovo.

### 6.1 Mentalizovanie alebo postoj „neviem“

Tento postoj nie je to isté ako „nemáť vedomosti“. Termín sa pokúša zachytiť, že mentálne stavy sú nejasné a že terapeut môže mať len hmlistú predstavu o tom, čo je v pacientovej mysli. Ide o ochotu zisťovať o pacientovi - ako sa cíti, aké sú dôvody jeho súčasných problémov. Na to sa potrebuje stať terapeut aktívne pýtajúcim sa.

Ak má terapeut inú perspektívu na stav mysle pacienta, mal by ju verbalizovať a preskúmať vo vzťahu k pacientovej perspektíve bez predsudkov koho uhol pohľadu má väčšiu validitu. Úlohou je potom určiť aké mentálne procesy viedli k alternatívnym pohľadom. Ak sú rozdiely jasné a nedajú sa hneď v úvode vyriešiť, mali by byť identifikované, a prijaté kým sa bude zdať rozriešenie možné.

Aktívne dotazovanie:

„Prečo si myslíte, že to povedal?“

Zaujímalo by ma, či to nejako súvisí so včerajšou skupinou?

Možno ste cítili, že Vás odsudzujem?

Prečo si myslíte, že sa voči Vám správal práve takto?

Ako si vysvetľujete to čo sa stalo? “

Zdôrazňovanie alternatívnej perspektívy:

„Zdá sa, že si myslíte, že Vás nemám rád a ja som si nie celkom istý čím to je, že si to myslíte?“

Práve tak ako ste neverili všetkým okolo Vás, pretože ste nevedeli predpovedať ako budú odpovedať, teraz podozrievate aj mňa.

Skôr som to vnímal ako spôsob Vašej sebakontroly, než snahu atakovať ma.“

## 6.2 Činný terapeut

Na začiatku terapie si pacient nemusí byť schopný predstaviť, že terapeut ho má v mysli dovtedy, kým mu jeho potrebu špeciálnych činov nedokáže explicitne. V rámci HPO sú činy dôležité, nakoľko teleologický charakter ich osobnosti znamená - ak ma niekto má v mysli, prejaví sa to vo fyzickej realite. Terapeut by to preto mal očakávať a činy v rámci terapeutických hraníc by mal demonštrovať - napr. email, krátky telefonát v stave krízy . Nejde o to prevziať zodpovednosť za pacienta, cieľom je vytvorenie terapeuticko-aliancie a podpora rozvoja mentalizovania „von“ vo fyzickom svete, ukázať pacientovi že ho máme v mysli. Akýkoľvek takýto počin na žiadosť pacienta, by mal byť starostlivo zvážený, najlepšie s ďalšími členmi tímu.

## 6.3 Monitujúci terapeut

Byť človekom, znamená robiť aj chyby. Tým sa tu nemyslí chyby štrukturálne ako zabudnúť na sedenie alebo zabudnúť dohodnúť to ďalšie. Ide o používanie intervencií s antimentalizačným potenciálom. Nemali by sa zakrývať alebo popierať. Sú možnosťou vrátiť sa k tomu, čo sa stalo a zistiť viac o kontexte, pocitoch.

Príklady:

„Je niečo čo som povedal alebo urobil čo spôsobilo, že sa cítite práve takto?

Nie som si istý, čo ma viedlo k tomu, že som to povedal. Porozmýšľam o tom.

Prehliadol som niečo dôležité ?

Viem, že som nemal pravdu. Čo ale nechápem je to, čo ma viedlo k tomu, že som to povedal.

Môžete mi pomôcť vrátiť sa späť k tomu čo sa tu odohralo ešte predtým ako sa veci zvrtili k horšiemu?“

## 6.4 Na proces zameraný terapeut

Terapeut by mal viac pozornosti venovať terapeutickému procesu ako pochopeniu obsahu. Hlavným cieľom liečby je implicitný mentalizačný proces a ten je možné vyvinúť len vtedy, keď sa pacient oslobodí od rigidných pohľadov v rámci systému schémy svojich presvedčení. Vysvetlenie emocionálnych stavov vložených do aktuálneho prenosového vzťahu sa zdôrazňuje viac ako kognitívna expozícia. Cieľ je vytvoriť zážitok „pocitu byť

cíteným“, kde sa pacient cíti prijímaný, schvaľovaný, neosamotený a zostáva v pocite, zatiaľ čo si tento pocit aj uvedomuje.



## 7. MENTALIZAČNÉ INTERVENCIE

### 7.1 Praktické tipy

#### 7.1.1 Pozor na určité slová a frázy

Určité slová a frázy napriek našemu dobrému úmyslu nás môžu upozorniť na to, že sa vzdľujeme mentalizovaniu (Munich, 2006). Asi sme prestali mentalizovať, keď počujeme sami seba hovoriť slová ako „určite, zjavne, len“ alebo frázy ako „To čo myslíš je toto...“ alebo „Zdá sa mi, že to čo hovoríte je v skutočnosti ,...“

Ale len málo vecí v psychickom dianí je na 100% niečo alebo „len niečo a nič iné. Takýmito vyjadreniami sa stráca exploračný fokus. Vtedy sa treba stiahnuť z interakcie a zhodnotiť čo sa aktuálne vo vzťahu deje. Môžeme si položiť napr. otázky typu: „Príliš sa snažím? Potrebuje pacient aby som mu o ňom hovoril tieto veci a preto radšej vytvára situáciu týmto spôsobom, namiesto toho aby našiel odpoveď sám v sebe? „

Zvláštnu pozornosť by sme mali venovať slovám ako je „len“, „už“ (Allen , Munich, 2006). Napríklad pacient povie, že terapeutovi na ňom nezáleží a okomentuje to slovami: „Len sa to tak objavilo“. Ale slová ako „len“ sú v našom jazyku všadeprítomné. Depresívnemu sa zvykne hovoriť: „Len choď von a zašportuj si alebo proste len prestaň myslieť tak negatívne“.

Traumatizovanému: „Proste tú minulosť len hod' za hlavu“

Závislému: „Proste si len povedz, už žiadne drogy“.

V tomto kontexte sa ale objavuje slovíčko „Ako“.

Úzkostný pacient povie. „Ja len potrebujem zrelaxovať“. Ako? Depresívny povie. „Ja len potrebujem byť na seba menej tvrdý a prísny“. Ako?

Slová typu „len“ a „už“ sú ne-mentalizačné slová v zmysle minimalizmu. Autori odporúčajú jazyk priliehavý pre terapeuta, ktorý je v tzv. pozícii „neviem“ . Prirodzene, terapeut ale môže inklinovať k snahe poradiť pacientovi čo najrýchlejšie. Hovoriť ale pacientovi aká je jeho myseľ a čo má robiť, znamená prevziať nad ním kontrolu. Pacienti sú totiž ochotní často nechať robiť terapeuta reflexie za nich, dokonca aj žiť ich mentálny život. Týmto spôsobom pacientovu mentalizačnú schopnosť neaktivujeme, skôr redukuje. Pacient v takomto prípade má len dve možnosti. Alebo to nekriticky príjme alebo to okamžite zamietne. Ale obe odpovede sú anti-mentalizačné.

### 7.1.2 Bud'te viac aktívny a menej pasívny

V pozícii terapeuta sme prirodzene tlačení buď do nadmernej pasivity alebo aktivity. Môžeme mať tendenciu sa oprieť v kresle a počúvať alebo byť kontrolujúci. Mentalizovanie znamená dávať váhu prístupu kde testujeme predpoklady so zvedavosťou, pýtame sa, pátrame a reagujeme. Aktívne pracujeme s nementalizačným dialógom (vyhýbanie sa- pacient týmto vyplňa terapiu) a pacientovými nepýtanými predpokladmi. Zvlášť užitočné sa ukazuje oslovovať pacientove predpoklady o nás ako terapeutoch, pretože terapeut je tam ako ten, ktorý reprezentuje jeho vlastnú myseľ pre pacienta z inej perspektívy.

Niekedy k podpore mentalizovania potrebujeme byť aj prudší: Terapeut, ktorý vyhrkol na pacienta potom ako sa ten chystal vybehnúť z pracovne počas sedenia: „Sadnite si a sklapnite na chvíľu“. Sotva by sme mohli túto vetu považovať za mentalizačnú intervenciu, ale ak by pacient odišiel, žiadne mentalizovanie by už nepokračovalo. Takto mohli byť podmienky pre mentalizovanie opäť navodené. Akákoľvek takáto dramatická intervencia ale potrebuje vzťahový kontext.

S dôrazom na terapeutovu aktivitu, nepodporujeme dlhé ticho - nielenže zvyšuje pacientovu úzkosť, ale evokuje aj excesívne fantázie. Hmkanie a pokyvkanie hlavou môžu zdôrazniť, že sme stratení a znudení. V týchto momentoch je vhodné vytiahnuť našu mentalizačnú kapacitu: urobiť tak, si vyžaduje identifikovať súčasný stav mysle a navrhnuť riešenie.

„Som trochu otupený a nie som si istý čo povedať. Mohli by sme ísť trochu späť a prepátrať o čom sme práve hovorili?“

Týmto spôsobom sa modeluje jednak terapeutove mentalizovanie, jednak sa podnecuje u pacienta vyhodnocovanie jeho súčasných problémov. V tomto ohľade sa nesnažíme vyhýbať chybám v každom smere. Pokiaľ je to autentické, snaha o prístup a la Columbo je vhodný. Niečo v duchu: mentalizujúci terapeut = chybám sa nevyhýbajúci, chvíľami (vedome) zmätene sa prebíjajúci detektív.

### 7.1.3 Robte protichodné kroky

Neznamená to robiť protichodné kroky vo vzťahu s pacientom. Znamená to skôr pacienta preorientovať smerom von, ak je príliš na seba zameraný a naopak smerom dnu, ak je zameraný príliš na iných. Ak ale sebazameranie začne naberať ruminačnú kvalitu a stáva sa rigidne v negatívnom, sebazahanbujúcom, sebaodsuzujúcom moduse, vhodné je pacienta

vyskúšať presmerovať z jeho mysle na myseľ niekoho iného. „Ako si myslíte, že to na ňu vplývalo?“ „O čo jej asi išlo, keď mu to urobila?“ Ak sme sa rozhodli takéto presmerovanie urobiť, nemali by sme sa ho príliš ľahko vzdať a trvať na tom. Mnoho pacientov síce odpovie neviem, a rýchlo sa vracia k rumináciám zameraných na vlastný stav mysle. „Vydržte to so mnou chvíľočku- zaujímalo by ma aké to pre Vás bolo, keď sa mu to stalo a on odpovedal takým spôsobom?“

A naopak, pacienti, ktorí sa zaoberajú príliš inými, potrebujú viac reflektovať ich vlastné stavy mysle. „Ako ste sa pri tom cítili?“. Ako rozumiete tomu ako ste zareagovali?“.

Toto vyvážené presmerovávanie by nemalo byť iba smerom k pacientovi a von k iným, ale aj medzi pacientom a terapeutom v rámci sedenia. Terapeut by mal demonštrovať svoju vlastnú kapacitu reflektovať proces v danom momente, zaujať zase raz aktívny postoj. Terapeutova schopnosť reflexie procesu zachytáva pohľad autorov na použitie protiprenosu (Bateman, Fonagy, 2006).

#### **7.1.4 Bud'te obyčajný a požívajte bežný jazyk**

Byť obyčajným sa myslí, že takto by sme to povedali alebo urobili, ak by nám niečo také povedal alebo sa takto voči nám správal náš priateľ. Teda rešpektujúci vzťah s mentalizovaním v režime „online“. Často je v tomto duchu preto nutné hovoriť skôr z vlastnej perspektívy ako z perspektívy, cez ktorú chápeme pacientove prežívanie. Častejšie sa tiež v porovnaní s ostatnými terapeutickými technikami používa vyjadrenie v osobe „Ja“. V najjednoduchšej rovine môžeme vyjadriť našu emocionálnu reakciu a pomôcť pacientovi rozoznať, že pocity treba skúmať.

Napríklad: „Keby sa to stalo mne, asi by som sa cítil tiež znepokojený“. „To by ma potešilo“. Pri podpore mentalizovania je vhodné „nevracať pacientovi veci“ okamžite. Terapeuti sú často príjemne prekvapení, že ak hovoria o vlastnom prežívaní daného problému bez toho, aby ho prisudzovali pacientovi, ten často „nabehne“ na terapeutove chápanie a ďalej ho vyvíja.

Terapeut: “Rozmýšľal som o tom, že sedenia sa dosť opakujú a ja neviem celkom prečo. Zdá sa mi, že moja myseľ ...

Zistenie, že terapeut nevie čo má povedať alebo urobiť, môže byť oslobodzujúce. Mnoho terapeutov zmrzne, keď nevedia odpovedať na pacientovu otázku, zvlášť ak je to otázka osobná. Bežne sa odporúča vyjadriť to otvorene tak, aby to bolo zrozumiteľné. Ak neviete ako terapeut čo urobiť, predstavte si čo by ste urobili, keby ste terapeutom neboli.

Například, můžete odpovedat' empaticky alebo sa ďalej pýtať. Alebo otvorene pomenovať svoj vnútorný stav mysle vo vzťahu k otázke.

Ak pacient nalieha, aby sme niečo urobili a nevieme čo, môžeme povedať napríklad:

„ Nie som si celkom istý čo by som mal povedať alebo s tým urobiť. Možno nerozumiem tomu dostatočne. Mohli by ste mi trochu pomôcť?“

Ak pacient nalieha, aby ste povedali čo cítite, mali by ste nájsť taktný spôsob ako to vyjadriť a zároveň, aby to bolo v danom momente zmysluplné:

P (pacient): „Už ma máte dosť, však?“

T (terapeut): Povedal by som skôr, že som frustrovaný, ako že by som Vás mal dosť. A časť z toho je to, že sa zdá, že sa s touto diskusiou nikam neposúvame a nebudeme pravdepodobne schopní to vyriešiť kvôli tomu, že nám ostáva do konca sedenia málo času“.

Ťažšie to môže byť pre terapeuta, keď pacient vysloví praktickú požiadavku: Pacient vidí knihu na terapeutovej polici. Chce si ju požičať, údajne ju nikde nedostať a potrebuje ju ku svojmu projektu. Náhlou požiadavkou je terapeut trochu prekvapený, udržal si ale mentalizačný model v duchu- „ Keď si v rohu, ukáž že si v rohu, radšej ako by si mal vyrukovať k boju so svojimi vypestovanými osvedčenými technikami“. Následne prišla táto interakcia:

P:“ To je v poriadku, stačí povedať áno. Vrátim Vám ju budúci týždeň.

T: Ale ja knihy nepožičiavam. Samozrejme, rád by som bol nápomocný pri Vašom projekte.

P: To je trochu úbohé, že nepožičiavate knihy. To nikomu neveríte?

T: Ako som povedal, som v zložitej situácii, pretože rozumiem, že to môže vyzerat' hlúpo, ale zriedkavo ich požičiavam, lebo sa mi často nevracajú späť.

P: Ale ja taký nie som, všakže?

T: Obávam sa, že to je súčasťou môjho znepokojenia. Je to viac ako len o požičaní knihy. Alebo v tomto prípade je kniha len kniha?

P: Berme to len ako knihu.

T: O.K.“

V tomto prípade terapeut nepokračoval ďalej v skúmaní aktuálneho procesu požičiavania knihy a radšej prijal pacientovu požiadavku so zámerom podporiť terapeutický vzťah. Napriek tomu, keď pacient vrátil knihu ako sľúbil, terapeut neodolal otázke, čo nápomocné v knihe pacient našiel.

Keď sú emócie vysoko, odpovede „zdravého rozumu“ sú vo všeobecnosti bezpečnejšie ako intervencie a interpretácie. Psychoterapeutický výskum odhalil nízku

koreláciu medzi množstvom intervencií a výsledkami liečby. Terapeuti osvedčené intervencie požívajú v zúfalej snahe, že viac toho istého prinesie zmenu vtedy, keď uviaznu na mŕtvom bode (Orgodniczuk et al. 2000, Piper et al. 1993). V praxi táto stratégia pravdepodobne veci ešte zhorší.

### **7.1.5 Zmiernenie afektu s „mentalizačnou rukou“**

Keď je Váš pacient uprostred afektívnej búrky, alebo čelíte inej ťažko kontrolovateľnej situácii v terapii, mali by ste predpokladať, že ste mimovoľnou príčinou problému, kým sa to neukáže inak. Ako náhle zaznamenáte vyvíjajúci sa problém (paranoidný stav, odchádza preč, premôžu ho emócie) v interakcii s pacientom, treba byť na seba odkazujúci /self-referent/. Napr.: „Povedal som teraz alebo zdôraznil niečo čo by sa Vás mohlo dotknúť?“ „Čo som urobil, že Vás to tak znepokojilo. Môžete mi o tom niečo povedať, aby som pochopil čo som urobil.“

Takéto vyjadrenia sa môžu kombinovať s ľahko zdvihnutou rukou, dlaňami von- ako slušný manéver Polície ukazujúci, že je múdre zastaviť, odhliadnuť od toho čo osoba robí alebo urobila. Toto gesto sa volá „mentalizačná ruka“. Je mimoriadne efektívna a keď sa spojí s poznámkou o terapeutovej účasti na vyvolaní problému, aj tie najvystupňovanejšie krízy bývajú zmiernené. Následne umožníme prepátrať terapeutov príspevok do problému, čím pochopíme pacientovu perspektívu a sme späť v mentalizačnom modeli. Overujeme pacientove prežívanie, pracujeme v súčasnom vzťahu, chápeme „náš príspevok“, pracujeme na tom ako my chápeme pacienta a až potom vyhodnotíme, či pacient vnímal nás alebo nás interpretoval skresleným spôsobom, ktorý vyústil do emocionálnej krízy. Keď sú tieto kroky prevedené, terapeut a pacient môžu vyvinúť alternatívnu perspektívu v rámci prenosu.

## **7.2 Princípy intervencií**

Byť dobrým terapeutom neznamená len používať tie správne intervencie. Ide o to ich aj správne načasovať. Ak má terapeut pochybnosti, mal by sa vrátiť na začiatok resp. na miesto, kde cítil, že on aj pacient vedia, kde sa aktuálne nachádza ich myseľ. To znamená vrátiť sa k základným princípom a predtým ako sa posunieme ďalej, spojiť ich s technikou stop, späť (k bodu, kde bol ešte dialóg obojstranne chápaný) a explorať.

## 7.2.1 Všeobecné charakteristiky intervencií

Intervencie by mali byť skôr jednoduché a krátke - nie dlhé a komplexné, fokusované skôr na afekt ako na správanie, terčom je skôr pacientov subjektívny stav mysle ako špecifický aspekt mentálnej aktivity (akým je napr. kognícia), vzťahovať by sa mali skôr k súčasným udalostiam a interpersonálnym interakciám, zdôrazňovať by mali skôr predvedomý resp. nevedomý obsah a ich zámerom by malo byť skôr podporiť proces ako interpretovať obsah.

Zdôrazňuje sa, že terapeutický pokrok vo všetkých terapiách je založený na dosiahnutí koherencie a integrácii reprezentácií. U menej vážne narušených pacientov sa to dosiahne určite najlepšie podporou vhl'adu. Avšak u tých, kde je interpersonálne fungovanie vážnejšie narušené, to môže viesť skôr k dezintegrácii a inkoherecii sveta mentálnych reprezentácií. Ak sa pacient pokúša uchopiť masívne distorzie subjektívneho prežívania, ambivalencia a nevedomé motívy skôr vytvoria zmätok ako integráciu (zmätok vzniká aj u menej narušených pacientov, ale tam môže byť naopak skôr katalyzátorom pre reorganizáciu).

U HPO je preto skôr vhodné používať menej metafor, symbolizmov, analógií. Ak HPO pacient aktuálne nie je schopný vyvažovať vnútorný emocionálny stav s vnútornou reflexiou, intervencie tohto typu vedú k nepochopeniu, závistlivému obdivu, odmietaniu alebo vývinu predstieraného modu.

### Príklad múdreho terapeuta:

Pacient sa sťažuje na bytové spoločenstvo, kvôli tomu, že neurobili nič ohľadom jeho deravej strechy. Opakovane im to avizoval, ale opravári stále neprišli. Obáva sa, že ak bude silnejšie pršať, zatopí mu byt a zničí nábytok.

T: Možno cítite, že nerobím nič preto, aby som opravil dieru, ktorá sa otvorila vo Vašej myšli a ak rýchlo niečo neurobím, Vaše pocity sa vymknú spod kontroly a všetko zničia?

P: Mali prísť a opraviť to. Zase ma naštváli a najbližšie, keď ich stretnem, asi na nich vyštartujem.

T: Takže vtedy naozaj Vaše pocity vybuchnú.

P: Prestaňte už hovoriť o mojich pocitoch, dobre? Tiež by ste boli frustrovaný, keby Vám ľudia neopravili to čo majú, však? Takže prestaňte už dokazovať, že to čo cítim, je problém. Je to problém iba preto, že neurobili to čo majú urobiť.

Sedenie pokračovalo v tomto duchu, kým sa terapeut neprestal pokúšať spájať praktický problém s tým čo sa dialo v terapii. Nejde ani tak o to, že terapeut nemal pravdu, ale skôr o nevhodné načasovanie, nakoľko pacient nemohol zvýšiť svoju sebareflexiu keď bol zaseknutý vo svojej mysli praktickým problémom. Vtedajší mentálny stav bol výrazom teleologického modusu a tak prinášanie analogických prepojení bolo pre neho nezmyselné.

### **a; Na afekt fokusované intervencie**

V MBT (na mentalizáciu zameraná terapia) to znamená uchopiť afekt okamžite, v danom momente, ani nie tak k obsahu sedenia, ako skôr vo vzťahu k tomu čo sa deje aktuálne medzi terapeutom a pacientom.

#### Príklad: Sexuálne stretnutia:

Pacientka hovorí terapeutovi o svojich krátkych sexuálnych epizódkach. Pri rozprávaní o tom ako stretla partnerov v nočných autobusoch, prešla zo vzdorovitého nastavenia do obozretnej váhavosti.

T: Zdá sa, že práve vtedy ste si boli menej istá (uchopujúc okamžite afektívny smer)

P: Je mi úplne jedno čo si ľudia myslia. Robím to, lebo sa mi to páči a je to zábava.

T: Znie to trochu vzdorovito, možno voči mne?

Ticho

T: Zdá sa, že na chvíľu Vám záležalo čo si myslím alebo vám niečo ohľadom toho prišlo na myseľ. Možno ste cítili, že ma teší počúvať o Vašich úlovkoch, resp. naopak, ste si možno mysleli, že s tým nesúhlasím.

P: Moji priatelia sa na ne vždy pýtajú a nestalo sa, že by nesúhlasili.

T: Ale ja nie som Váš priateľ.

P: Povedzte to znova. Čo si myslíte o mojich hrdinských činoch? Ste puritán?

T: Mnoho ľudí si myslí, že nie som puritán. Nie som tu preto, aby som moralizoval o Vašom správaní. Čo si ja myslím, je, že to znie akoby ste sa vystavovali riziku a to je problém nás oboch, pretože na Vašom rizikovitom správaní pracujeme. Ale toto znie akoby ste to teraz nevnímali ako problém.

Terapeut tu okamžite fokusuje zmenu afektu a v rovnakom čase predstavuje alternatívnu perspektívu k pacientkinmu postojom ohľadom rizikového správania.

## **b; Fokus na myseľ, nie na správanie**

Terapeut často tlačí na pacienta, aby hovoril o svojom správaní, aby našiel zmysel za svojím správaním. Ale to je práve to, čo pacient nedokáže urobiť. Nevie udať dôvod svojho činu. Keby vedeli, nepotrebovali by to robiť. Takýto nátlak, aby čelili ich činom, je nementalizačný a nevyhnutné konfrontačný, zahanbujúci, v najlepšom volá po pseudomentalizácii.

Terapeut by si mal akoby „sahnúť“ vedľa pacientovho správania- nie v tom zmysle, že by predstieral, že sa to nestalo, ale mal by skôr hrať akéhosi Sherlocka Holmesa vo vzťahu k pacientovmu správaniu a zamerať sa na to, čo je v pacientovej mysli. Ako štartovacia čiara môže slúžiť dopad, ktorý správanie na samotného pacienta malo.

Niečo ako „Viete, že by ma to asi neprekvapilo, keby ste sa teraz cítili sklamaný, potom čo ste urobili, pretože viem ako veľmi ste sa snažili s tým prestať“.

Možno neskôr by mohlo v otázke nasledovať, čo mal pacient v mysli pred oným správaním. Samozrejme sa tu ponúka kauzalita, ale neznamená to, že máme pacienta požiadať, aby prepojil čin a mentálny stav, ktorý mu predchádzal. Terapeut používa správanie ako indikátor, že myšlienka či pocit museli vyvstať v nejakom vzťahovom kontexte, ktorý zvýšil hladinu nabadenia, zosilnil aktiváciu vzťahovej väzby a došlo ku všeobecnému kolapsu mentalizovania.

## **c; Vzťah k súčasným udalostiam a aktivite**

Súčasný trend psychoterapie je takzvané v „tu a teraz interpretačnej práci“. Táto práca sa považuje za viac úzkost'-provokujúcu ako vracanie sa do minulosti. Tento návrat môže byť pohodlnejší, ale aj menej realistický a preto môže podporovať pseudomentalizáciu, čo pacient mohol alebo nemohol cítiť ako dieťa a čo si rodičia mohli alebo nemohli myslieť pred mnohými rokmi.

Najlepší spôsob ako obísť tento potencionálny problém je to, že sa zameriavame na nedávne zážitky mimo terapeutickkej situácie alebo na situácie v miestnosti v danom momente. Nie je to ale úplne to isté ako pri psychoanalytickom fokuse, ktorý sa niekedy ironicky charakterizuje ako interpretácia „myslíte mňa“. Tento druh práce môže viesť k pseudomentalizácii. Tu sa preferuje dôraz na emočne nabitú, relatívne triviálnu udalosť, v ktorých myšlienky a pocity môžu byť produktívne vyhodnocované. Vo všeobecnosti



povedané, terapeut pracuje s čímkoľvek čo je v pacientovej myšli, teda vlastne s pracovnou pamäťou.

### **7.2.2 Klinické cesty pre intervencie**

Spôsob používania intervencií je len princípom, nie pravidlom. Býva veľa situácií, keď je nevyhnutné niektoré úrovne preskočiť alebo ich zmiešať. Ide o to viesť pacienta od menej intenzívne prežívaných introspekcií, k tým čo možno najintenzívnejším.

Identifikovať afekt, nie len správanie- preskúmať emočný kontext- definovať súčasný interpersonálny kontext mimo- zhodnotiť širší interpersonálnu tému v rámci terapie- vystavenie špecifickému (prenosovému) kontextu

### **7.2.3 Ktoré intervencie kedy ?**

- ak terapeut pochybuje- začať na povrchu- podpora a empatia
- ísť na hlbšiu úroveň len vtedy, ak sme prešli predošlú
- ak je riziko, že emócie pacienta premôžu, urobiť krok späť
- typ intervencie je nepriamo úmerný emočnej intenzite- podpora a empatia ak ho premôžu emócie, mentalizovanie prenosu ak pacient pokračuje v mentalizovaní a „drží“ emóciu
- intervencia musí sledovať pacientovu aktuálnu mentalizačnú kapacitu, HPO- riziko nadhodnotenia

Základ našich odporúčaní je jednoducho v tom, že mentalizačná kapacita je u HPO v nepriamej úmere k stimulácii VV. Je nezmyselné opakovať tento vzorec na počiatku terapie nadmerným stimulovaním pacienta a - vrátane komplexných mentálnych stavov a provokovaním vysoko evokatívnych emócií.

Takýto nárok na vyváženosť stimulácie VV a kapacity mentalizovať stavia terapeuta do náročnej úlohy: mobilizovať afekt, zároveň ale kontrolovať jeho priebeh a intenzitu. Bez emócií nemôže jestvovať zmysluplné prežívanie, ale na druhej strane keď je emócií nadmieru, nie je možné pochopenie subjektívneho prežívania (Bateman, Fonagy, 2006).

## 7.2.4 Základné princípy - klinické príklady

Otázky ako sa vysporiadať s náročnými časťami terapie u HPO sú asi dosť časté. Nie je možné nalinkovať zvládnutie všetkých problémových situácií, ale existujú isté „základné princípy“. Pre terapeuta sú jedny z najnáročnejších suicidálne pokusy a sebapoškodzovanie.

### a; Suicidálne pokusy a sebapoškodzovanie

Tak ako doteraz bolo povedané: intervencie krátke a jednoduché, na afekt zamerané, skôr k aktuálnemu kontextu, oslovovať predvedomé a vedomé obsahy. Spôsob aplikácie- od identifikácie afektu k interpersonálnemu kontextu, preto sa hýbať od povrchu hlbšie. Nakoniec prijat' neodsudzujúci postoj k pokusom a sebapoškodzovaniu a iným deštruktívnym aktivitám a zdržať sa predpokladu, že toto správanie je zamerané proti terapii resp. proti terapeutovi. Terapeut by nemal prijímať zodpovednosť za pacienta a už na začiatku terapie deklarovať rozsah svojej zodpovednosti, napríklad.

„Nemôžem zabrániť tomu, aby ste si ubližovali, nebudaj sa zabili, ale môžem Vám pomôcť v tom, aby ste pochopili prečo sa o to pokúšate a hľadať spôsob ako takéto veci zvládať“.

Primárnym dôvodom pre sebapoškodzovanie a podobné činy je zachovanie vlastnej štruktúry osobnosti s následnou náhlou destabilizáciou. Nejde ani tak o to vyjadriť agresiu alebo niekoho atakovať. Takýto typ správania sa objavuje, keď je prežívanie plné pochýb a osobná integrita môže byť znovu nastolená prostredníctvom tela- napr. krvou. Toto podporuje, že pacient vtedy prežíva teleologicky.

#### Funkcia sebapoškodzovania:

- udržať sebaštruktúru

: prepátrajte príčiny destabilizácie (“Povedzte mi, kedy ste prvý krát začali pociťovať úzkosť, že by ste niečo také mohli urobiť?”)

: vytvorte systematické snaženie vrátiť zodpovednosť za skutky naspäť spolu s pacientom k znovu nastoleniu sebaštruktúry („Nemôžem zabrániť tomu, aby ste si ubližovali, nebudaj sa zabili, ale môžem Vám pomôcť v tom, aby ste pochopili, prečo sa o to pokúšate a hľadať ako tieto veci zvládať“).

### Motivácia k sebapoškodeniu:

- zriedkakedy mať nad niekým kontrolu, atakovať ho
- redukcia paniky
- nastoliť existenciu/bytie: podporia telesnú existenciu tým, že zhliaďnu krv (zvlášť vtedy keď je neistá mentálna existencia), zčasti vyplnia vnútornú prázdnotu
- restabilizácia: rigidnechápané motivácie (“Neprišiel, lebo chce aby som trpela.“) formulkovité vysvetlenia (“Zaslúži si trpieť, lebo je zlý.“ „Nepriďem tam, lebo ma tam nechcú.“)

Klinický príklad: Pacientka, ktorá sa opakovane porezala, hovorí o povrchových škrabancoch z minulého dňa, zakrýva a úmyselne prehliada čo sa stalo a trvá na tom, že to nebolo dôležité.

T: Môžete mi povedať trochu viac o tom čo sa stalo?

P: Naozaj k tomu nie je čo dodať. Porezala som sa so šálkou, ktorú som hodila o stenu potom ako som prišla domov.

T: Vráťme sa späť a povedzte mi, kedy ste cítili, že niečo nie je v poriadku. (“prevíjanie“ obsahu)

P: Naozaj neviem.

T: Majte prosím trpezlivosť. Viete ako ste sa cítili včera napr. po skupine? (pokús o identifikáciu v kontexte terapie)

P: Nie, po skupine som bola O.K. Myslím, že až keď som prišla večer domov. Dohodla som stretnutie s dvoma kamarátkami- tak ako som povedala a objavilo sa to, až keď som sa vrátila domov, začala som sa cítiť hrozne.

T: Takže vtedy ste si uvedomovali, že sa cítite hrozne. To znie akoby sa niečo udialo počas podvečera.

Sedenie pokračovalo, terapeut trval na skúmaní afektu „hrozne“. Zvrtlo sa to, keď sa pacientka začala cítiť opustená (pocit, ktorý predchádzal hrozne), lebo jej dve priateľky odišli spolu na WC a nechali ju samú a zadalo sa jej to príliš dlho.

P: Cítila som sa taká zranená (ďalší afekt, ktorý komplikoval v danom čase vnútorný stav pacientky), že som sa skoro porezala so svojim nožikom, ale namiesto toho som sa poškrabala s nechtami, aby som videla trochu krvi. Potom mi prišlo na um, že sa postavím a odídem a keď sa vrátia, nebudú vedieť kde som (motív pomsty bol stimulovaný až vážnym poškrabaním, pretože len s mentalizujúcou myšliou môže mať pacient pocit pomsty nakoľko tento afekt vyžaduje self aj ostatných), ale práve keď som sa chystala odísť, vrátili sa.

T: A?

P: Nepovedala som nič! Prečo? Na WC boli celé veky.

T: Takže ste sa cítili vylúčená a trocha nahnevaná a nevedela, čo robiť s tým ako sa cítite. Tým, že ste sa poškriabali, ste začali vnímať jasnejšie a uvedomili si chuť sa pomstiť a neskôr sa cítili hrozne. Predpokladám, že to ďalšie porezanie bolo len spôsobom ako sa potom cítiť o niečo lepšie. (terapeut sa zameriava na emočnú úľavu po porezaní a tiež naráža na stabilizačný efekt akcie- to pacientku privádza späť k miestu, kde myseľ stratila)

P: Vždy mi to rozjasní to ako sa cítim. Potom môžem ísť znova ďalej. Potom som bola schopná pozerat' chvíľu TV a ísť do postele bez toho aby som sa tým všetkým zaoberala.

T: Ale znova ste sa porezali.

P: Skoro potom ako som sa vrátila domov som sa cítila znova hrozne a tak som to znova chcela urobiť.

T: Zdá sa, že ste sa porezali preto, aby ste sa vyznali vo svojich pocitoch, s ktorými neviete čo máte urobiť a tiež preto aby ste sa vrátili späť k svojej mysli. Potom ako ste sa poškrabali, ste dokázali rozmýšľať o odplate, ale prekazili Vám to priateľky, keď sa vracali späť. Možno, že sa potom Vaša myseľ znova naplnila pocitmi a Vám sa rozjasnilo až potom ako ste sa znova porezala ?

P: Pomáha mi to cítiť sa normálnou, ako že viem kto som ja a kto oni. Ale na tom nezáleží.

T: Myslím, že na tom záleží, pretože keď máte pocit, že ste ponechaná sama na seba, Vaša myseľ sa začne rozplývať a Vy neviete čo bude nasledovať. To mi pripomína situáciu, keď som prichádzal neskoro na sedenie a Vy ste sa zatiaľ porezali na WC. Myslím, že keď máte podobné pocity, začínate sa cítiť ako nehodná ničoho a to je to, čo som o Vás hovoril pri neskorom príchode a čo hovorili Vaši priateľky keď odišli. Rezanie Vás privedie späť do akejsi podoby a cítite sa byť opäť niekým (interpretáčné mentalizovanie a pohyb smerom k mentalizácii prenosu).

P: Viete, že som začala s rezaním, keď som mala 18. Prišlo mi to pohodlné a preto to stále robím. Viem, že som v tom zamotaná a som na tom závislá, pretože som k tomu náchylná.

## 8. MENTALIZAČNÝ FOKUS A ZÁKLADNÉ INTERVENCIE

Je množstvo techník, ktoré pravdepodobne podporujú mentalizovanie. Mnoho z nich terapeuti poznajú. Pravdepodobne majú pocit, že to čo sa tu opisuje, už robia. Naším cieľom nie je učiť nové techniky, ale odporučiť odlišný terapeutický fokus, pri ktorom na niektoré aspekty kladiete väčší dôraz, kým iné redukujete.

### 8.1 Motivácia

Motivácia k zmene a odhodlanie pre liečbu je u HPO vysoko variabilné. Už malé zmeny akými sú prázdniny, sviatky, choroba alebo zmena pracovne, môžu mať pre terapiu vážne dôsledky. O podpore motivácie bolo toho popísaného skutočne mnoho, vyberáme niekoľko princípov.

#### 8.1.1 Opätovné uisťovanie, podpora, empatia

Tieto názvy neznamenajú, že súhlasíme so všetkým čo pacient povie, konfrontácia a výzva sú rovnako dôležité aspekty terapie. Sú skôr synonymami s načúvaním, bez odsudzovania, stránenia sa kriticizmu.

Otvorené otázky, napr.: „Povedzte mi trochu viac o tomto probléme...“

Pozitívne dopytovanie sa a otázky s nádejou.

Neustála kontrola toho, či terapeut chápe správne, napr.: „To, ako som pochopil, čo ste práve povedali ... Je to tak? „

Empatické vyjadrenia majú prehĺbiť raport s pacientom. Ale u HPO to môže byť problematickejšie. Nevedia pohotovo rozlíšiť ich subjektívny stav a nemajú preto úžitok z toho, keď sa im povie ako sa cítia. Treba sa strániť vyjadrení typu ako sa “naozaj cítia“ Tento spôsob môže viesť k dvom možným odpovediam- obom negatívnym.

A: pasívne sa prijíma a akceptuje terapeut, ktorý vie veci o pacientovi, ktoré pacient nevie

B: nevhodná hašterenie o tom, kto má pravdu

Príklady zakázaných komentárov:

„To čo naozaj cítite ....“

„Myslím, že očakávania, ktoré máte v tejto situácii sú úplne skreslené ....“

„To čo ste mysleli je....“

### 8.1.2 Identifikácia a hľadanie pozitívneho mentalizovania

Použitie pochvaly sa bežne používa k vliatiu nádeje a zdôrazneniu cesty k zmene. Otázka je, kedy chválu použiť. Nenavrhujeme, aby bol terapeut neochvejne pozitívny a povzbudzujúci, ale aby rýchlo rozpoznal, kedy pacient použil mentalizovanie s pozitívnymi výsledkami.

P: „Telefonovala mi matka, aby som jej pomohla s balením, keď odchádzala na dovolenku. Povedala som jej, že to neurobím. Povedala mi, že som bola vždy sebecké dievča, za to čo všetko pre mňa urobila. To ma samozrejme rozrušilo. Tento krát som jej ale nepoložila telefón, ale povedala, že nemôžem pomôcť, lebo musím ísť do práce. Robila mi výčitky svedomia, ale povedala som jej, že mi to oznámila príliš neskoro na to, aby som si zobrala voľno. Nakoniec som jej bola schopná povedať, že mi bude chýbať“.

T: „Znie to, že tento krát, ste konečne zvládli vysvetliť jej niečo. Aký je to pocit?“

Neskôr terapeut preskúmal čo si pacientka myslí o tom ako sa asi cítila jej matka počas celej konverzácie.

### 8.1.3 Klarifikácia a hodnotenie afektov

Klarifikácia je vlastne akési “upratovanie“ alebo ujasňovanie si a dávanie kontextu správaniu, ktoré bolo výsledkom zlyhania mentalizovania. Ak chceme upratať, potrebujeme ustanoviť dôležité fakty a ich vzťah k emóciám, ktoré ich podmieňujú. Preto treba pátrať vždy po afektoch, krok po kroku, udalosť po udalosti. Počas tohto procesu by mal byť terapeut vnímavý k akejkoľvek chybe pri „čítaní mysle“ resp. pri zníženej schopnosti chápať svoju vlastnú a hľadať alternatívne vysvetlenie pri zlyhaní mentalizovania. Otvorené otázky, opätovné pomenovávanie faktov, fokus na udalosť po udalosti, sú bežnými klarifikačnými technikami.

22 ročný pacient hovoril o tom, že skončil s univerzitným kurzom. Nechodil na prednášky a cvičenia, ostával doma a fajčil marihuanu. Keď po čase opäť prišiel, jeho tútor sa ho spýtal, kde bol. Odpovedal, nech si celý svoj kurz strčí ....“ - a odišiel preč. Už sa nevrátil. Terapeut ho požiadal, aby sa vrátil do bodu, keď prestal navštevovať kurz a išiel bod po bode, ktoré ho viedli k absenciám. V kazetovej nahrávke urobil terapeut mnoho komentárov ako „Prejdime tým, čo sa práve stalo“. „Nie tak rýchlo“. „Môžeme ísť tadiaľ pomalšie a môžete my povedať čo sa dialo práve vtedy vo vašej myslí?“ “Len na ujasnenie, cítili ste, že Váš tútor Vás kritizuje a posmieva sa kvôli Vašej neprítomnosti?“ “Cítili ste aj niekedy inokedy, že by

Vás nemal rád?“ “Keď sa pozriete naspäť, myslíte si, že to čo povedal, mohol myslieť aj nejako ináč?“

Toto sú pokusy o klarifikáciu spôsobu, ktorý viedol k zlyhaniu mentalizovania + snaha spojiť to s tým, čo išlo práve myslou pacienta. Vysvitlo, že svojho tútora vnímal ako kritizujúceho, aj keď v skutočnosti ten preukazoval záujem a to, že mu chýbal.

V snahe prepojiť pacientove vnímanie motívu (ktorý bol za tútorovou otázkou) so správaním pacienta sa terapeut opýtal, čo by tútor musel povedať alebo si možno o pacientovi myslieť, aby sa cítil ináč a nejednal tak unáhlene. V rámci MBT je afektívny dôraz predominantne na afekty, ktoré sa manifestujú medzi terapeutom a pacientom počas sedenia, teda skôr tu a teraz, ako tam a potom.

Mnoho pacientov s HPO vyjadruje emócie, ktoré u druhých vyvolávajú nesympatie. Tieto pocity, by sa mali stať predmetom terapie. Typickým príkladom je používanie zlosti a hostility, ktoré majú zakryť viac problematické emócie- napr. blízkosť a intimita. Tu by mal použiť terapeut citlivo protiprenosové pocity, ktoré môžu byť prvým indikátorom pacientovho vnútorného stavu.

## **8.2 Zastaviť stáť**

Primárnym cieľom terapeuta keď použije tento manéver je znovu navodenie mentalizovania, či už u seba alebo u pacienta. Nejde o priamu výzvu, ale terapeutov manéver, keď sa dramatický presmeruje mentalizovanie. Terapeut preruší dialóg. Je to priestor pre akési nadýchnutie sa, ale zároveň kľúčový moment, keď sa preskúmavanie stáva viac fokusovaným. Najefektívnejšie je, keď prichádza pre pacienta prekvapivo. Má stimulovať reflexiu a malo by byť sprevádzané skúmaním emocionálneho stavu, ktorý situáciu podmieňuje. Nejde o kognitívnu analýzu logiky dialógu. Je to bod, kedy terapeut nejde ďalej bez toho, kým sa neprepýta na pacientovu perspektívu, ktorú používa k vysvetleniu prežívania a obhajovania svojich postojov, aby táto perspektíva v konečnom dôsledku nevyústila namiesto diskusie skôr do správania.

### Sťažujúci sa pacient:

Pacient sa sťažuje počas sedenia na to, že nikto nechápe jeho problémy. Napísal už množstvo sťažností o zlom zaobchádzaní viacerých terapeutov, ktorý mu neverili, že bol ako dieťa zneužívaný a nebrali jeho problémy vážne. Keďže mohol do istej miery fungovať a bol zamestnaný, bolo mu povedané, že je v poriadku a nepotrebuje už ďalšiu pomoc. Ako o tom

rozprával neustále poukazoval na terapeutku, že ho nechápe a liečba s ňou sa ukazuje ako neužitočná.

T: Predpokladám, že ak to nechápem, bude pre Vás ťažké za mnou opäť prísť, zvlášť ak to pre Vás znamená, že Vaše problémy neberiem dostatočne vážne (základná mentalizačná intervencia spojená s témou vzťahu pacient-terapeut a následnej úzkosti?)

P: -vyzývavý tón- To nemôžete pochopiť, pretože ste nič podobné nezažili. Nikto s Vami ako dieťaťom zle nezaobchádzal, však nie? Myslím, že budem musieť ísť do niektorej z tých skupín, kde má každý podobné zážitky. Prinajmenšom budú vedieť ako sa cítim.

T: Ako viete? (vyzývavý tón)

P: Čo, ako viem?

T: Že som ako dieťa nebola zneužívaná ?

P: Proste ste neboli.

T: Čo Vás vedie k tomu, že to hovoríte?

Ticho

T: Veľmi silno cítite, že všetci títo terapeuti nesmú predpokladať, že ste v poriadku a nepotrebuje pomoc. Ale keď príde na to, aby ste robili predpoklady o mne a Váš postoj je založený na takýchto predpokladoch, je to akosi O.K. Môžem byť odmietaná ako ktokoľvek iný, kto to nebude schopný pochopiť, pretože vy predpokladáte, že som neprežila zanedbávanie.

P: To je iné.

T: V čom?

P: Proste je.

T: Naozaj? Pretože iní ľudia majú o Vašich ťažkostiach nejaké predpoklady a vy napíšete formálnu sťažnosť. Zdá sa, že robíte to isté mne.

Možno sa zdá, že terapeutka bola v tomto sedení príliš bojovná, ale pociťovala, že jadrovým elementom pacientových problémov bolo, že ako náhle zistí, ktoré problematické pocity to podmieňujú, stane sa odmietavým bez toho, aby to reflektoval, stratí momentálnu schopnosť mentalizovania a ako výsledok opúšťa terapeutický vzťah bez toho, aby adresoval svoje pocity terapeutovi. Sedenie pokračovalo v skúmaní tejto oblasti. Stop a stáť napomohlo dostať sa predvedomým obsahom „na stôl“. Postupne terapeutka identifikovala pacientove obavy z toho, že ten sa nikdy necítil pochopený a jeho súčasné pocity, že ho terapeutka opäť nepochopí.



Nadmerné používanie stoj a stáť narúša tok sedenia a je kontraproduktívnym. Výzvy by sa nemali aplikovať nepríjemným spôsobom a s hnevom, ale zároveň sa od terapeuta vyžaduje, aby na nich trval a nenechal sa odkloniť od explorácie.

T: „Majte strpenie, myslím, že potrebujeme pokračovať v snahe pochopiť o čo ide“.

Terapeut usilovne podporuje objasňovanie problému.

T: „Chápem, že chcete, aby som sa vzdialil rozprávaníu o tom čo robíte, ale nemyslím, že by to bolo správne, lebo...“

### **8.3 Základné mentalizovanie**

Cieľom je podpora flexibilnej mentalizačnej kapacity, ktorá nemá tendenciu skolabovať, keď čelí emocionálnemu stresu.

#### **8.3.1 Stoj, počúvaj, sleduj**

Indikátory slabého mentalizovania (neodpovedanie na pocity, ktoré vyjadrujú ostatní, odmietavé postoje, banálne ošúchané vysvetlenia, nedostatok kontinuity dialógu) poukazujú na to, že terapeut potrebuje zastaviť, počúvať a rozhliadnuť sa. Individuálne alebo skupinové sedenie drží v stave, kým neprešetrí detaily toho čo sa deje. Zdôrazní čo kto cíti voči komu, ako každý člen skupiny chápe to čo sa deje. Stop technika sa používa len vtedy, ak je vážne prerušené mentalizovanie.

#### **8.3.2 Stoj, vráť sa, preskúmaj**

Rozdiel tu je v tom, že terapeut preruší skupinové alebo individuálne sedenie a trvá na tom, že sedenie sa musí vrátiť k miestu, kde ešte trvala konštruktívna interakcia a odtiaľ sa pohybuje krok po kroku /frame by frame/.

Táto technika sa použije vtedy, keď sa sedenie stáva nekontrolovateľným a/alebo je nebezpečenstvo rapídnej sebadeštrukcie, napríklad pacient je na odchode alebo je diskusia nevhodne agresívna.

#### Suicídálny pacient:

Pacientka hovorila v skupine o tom ako sa cítila a o pláne sa predávkovať. Skupina za pomoci terapeuta tvrdo pracovala na tom, aby pochopila čo precipitovalo jej negatívny a deštruktívny

stav mysle, v ktorom sa cítila, že nikomu nezáleží na tom či je živá alebo mŕtva a teda nemá nikoho resp. nič prečo by žila. Viacero pokusov zo skupiny so snahou pomôcť jej odbila a frustrácia v skupine narastala. Ešte predtým ako terapeut mohol nad dianím prevziať kontrolu, odohrala sa nasledovná interakcia:

P- iný: Už mám toho dost'. Čokoľvek povieme, nič nie je dost' dobré. Prečo neušetriš všetkých tejto tvojej mizérie a proste to neurobíš?

Okamžité ticho v skupine

T: Povedať niečo také je vážna vec (stoj) a predpokladám, že ak to teraz takto myslíš, že to odniekadial' pochádza, takže by sme sa radšej mali vrátiť späť (rewind-„prevíjanie“), aby sme sa pozreli ako sme sa dostali do bodu, kde jednému z nás je jedno či niekto ďalší žije alebo nie (preskúmaj).

P- iný: Ta keď sa predávkuje, nakoniec to bude moja chyba.

T: Nie (stoj). Vrátime sa späť, aby sme sa pozreli čo sa udialo. Čo nás to viedlo, k tomu, že sme taký frustrovaní, že ti nezáleží na tom či sa niekto predávkuje alebo nie (stoj). Vlastne si nemyslím, že si to len ty a možno by sme mohli začať s tým, že sa vrátíme do bodu, v ktorom si sa začal cítiť frustrovaný (späť). Kedy si sa tak prvý krát začal cítiť (preskúmaj)?

### **8.3.3 Podmieňovacie vyjadrenia ( Bol by som zvedavý/zaujímalo by ma, či ... )**

„Bol by som zvedavý“ či, alebo podmieňovacie vyjadrenia, môžu zniet' neisto a byť prijímané s istým podráždením typu ( „ ako to mám vedieť, Vy ste terapeut „ ), ale keď sa vhodne použijú, môžu sedenie poháňať dopredu k ďalšej diskusii a odhaľovaniu. Mentalizačný postoj „ neviem „ zdôrazňuje, že terapeut bude častejšie „ zvedavý a čudovať sa „ ako to, že „ bude vedieť „ .

Ale je dôležité, že „ak vie,, , „nečuduje sa,, . Terapeut, ktorý je vtedy „zvedavý, čuduje sa príliš veľa“, riskuje, že nenechá pacienta zdieľať jeho perspektívu a vytvára falošnú interakciu. Pacient chápe, čo podmieňuje terapeutov subjektívny stav mysle, dokonca aj keď to otvorene nevyjadrí a nevedome na to reaguje „ predstieranou interakciou „ .

Vyjadrenia typu „Bol by som zvedavý, či“ sú dôležité k istote, že pacient objavuje to čo cíti ( nemalo by sa mu hovoriť, čo cíti ).

Príklady :

Zaujímalo by ma, či pociťujete nejakú nevôľu, ktorá by vám sťažovala načúvať pravidlám. Skúsme porozmýšľať, prečo tam nejaké pravidlá vôbec sú.

Zaujímalo by ma, či pociťujete neistotu, že je v poriadku ukazovať vaše pocity iným ľuďom.

### 8.3.4 Prenosové stopy

Prenosové stopy sú okamžité spojenia obsahu a procesu sedenia, či už vzťahu pacient/terapeut – pohyb dovnútra, alebo pacientovho života mimo – pohyb smerom von. Avšak nemajú hĺbku ani komplexnosť mentalizovania prenosu. Sú dôležitým a nevyhnutným aspektom interpretačného mentalizovania a označujú cestu smerom k mentalizovaniu procesu. Stopy sú vždy aktuálne, neprepájajú minulosť k prítomnosti, ani neposúvajú terapiu zo súčasnosti do minulosti, ale prepájajú to súčasné zvonka do toho aktuálneho v liečbe alebo naopak smerujú aktuálne emócie zo sedenia do vonkajšieho života pacienta.

Prepájanie vyjadrení a generalizácie- „Zdá sa, že to je to isté ako predtým a môže to byť, že ...“. „Často, keď sa niečo podobné udeje, začnete sa cítiť zúfalo a tak, že Vás nemajú radi“.

Identifikácia vzorcov- Zdá sa, že kedykoľvek sa cítite zranený, ľudí bijete alebo kričíte na nich a tým sa dostávate do problémov. Možno by sme sa mali zamyslieť, čo sa vtedy vo Vás deje“.

Narážky na prenos- „Vidím, že také niečo sa môže diať aj tu, keď poviem niečo, čo Vy pociťujete ako zraňujúce“.

Poukazovanie na dôležitosť vo vzťahu k terapii- „To by mohlo zasahovať našu spoločnú prácu“.

To akú zvolí terapeut intenzitu prepojenia, závisí od toho, ako moc chce zvýšiť tenziu a emotivitu sedenia. Čím „horúcejšie“ je sedenie, tým viac sa odporúča zvoliť nižšiu úroveň intenzity prepojenia- aspoň na začiatok- otestovať či intenzitu môžeme zvýšiť. Ako náhle urobíme priame prepojenia s terapeutom, nachádzame sa v oblasti interpretačnej mentalizácie.

#### Neznášanlivý pacient:

P: Nemám rád, keď neviem čo si ľudia myslia. Vyhýbam sa im alebo ich ignorujem, len okolo nich prejdem a svoje myšlienky si ponechám pre seba. Ak nezdíeľa druhý, ani ja nebudem. Je to nebezpečné.

T: Takže ak neviete čo si myslím, môže to rušiť terapiu, keď len ticho prechádzate a nechávate si veci pre seba?

P: Hnevá ma to a nebudem hovoriť o ničom ak neviem čo si druhá osoba myslí.

T: Povedzte mi o tom trochu viac. Čo sa udeje, keď začnete cítiť, že neviete čo si druhá osoba myslí?

#### **8.4 Interpretačné mentalizovanie**

Akákolvek interpretácia by mala byť používaná s obozretnosťou. Základom štruktúry interpretačnej intervencie je to, že v sebe zahŕňa alternatívnu perspektívu k tomu, čo pacient povedal. Normálne sleduje rozsiahle hodnotenie zážitku, ktorý pacient opísal. Hodnotenie zážitku v sebe zase zahŕňa bohatý popis v spolupráci s pacientom. Preto ak pacient opisuje napr. pocity hnevu na niečo- hodnotiacia zložka by mala identifikovať emócie, ktoré sú s tým prepojené, napríklad úzkosť alebo vina.

Napr. počiatočné vyjadrenie pacienta o pocite hnevu a zúrivosti na manažéra, sa vyhodnocovaním rozšírilo na pocit hlbokoj úzkosti z obávanej kritiky a obraz manažéra, ktorý mimikou tváre a telesnou posturikou vyjadruje hrozbu. Cieľom interpretačného mentalizovania nie je mentalizovanie pacientovej reakcie, ale terapeut sa pýta na prepojenie reakcie k stavu pacientovej mysle v príčinnej súvislosti.

Napríklad: „Možno ste sa cítili ohrozený, že budete kritizovaný a možno práve preto ste odišli rozzúrený.“

Cieľom je vyhodnotiť interpretáciu spolu s pacientom a pokúsiť sa ho zapojiť, aby ste sa spoločne pozreli na to ako konal v danej situácii s použitím jazyka mentálnych stavov.

Postup: 1- klarifikácia a vyhodnotenie emócií a zážitku, 2- identifikácia zlyhania mentalizovania a jeho prinavrátanie v danej téme, 3- prezentácia alternatívneho pohľadu

Pacientka hovorila o bolestivej hádke, keď ju partner zbil potom ako mala záchvat majetníckosti a žiarlivosti a skončilo to vzájomným obviňovaním. V klarifikácii sa objasnilo, že jej neschopnosť pochopiť partnerove správanie ju totálne presvedčilo o tom, že ju podvádza. Terapeut to považoval za psychickú ekvivalenciu a známku zlyhania mentalizovania. Aj keď je možné, že partner bol neverný, v žiadnom prípade to nebola jediná možnosť. Vyhodnocovaním pacientkinho mentálneho stavu sa objasnilo ako partnerovo oneskorenie spustilo hrôzu opustenia, ktoré následne viedlo k zdrvujúcim pocitom žiarlivosti a majetníckosti. Objasnilo sa, že pravdepodobný dopad tohto na partnera, pacientke nie je úplne jasný.

T: (mierne) Nemám potuchu ako sa John cítil, ale zdá sa mi, akoby ste nevedeli ako to voči nemu zastaviť- tak ako ste povedali- keď ste na neho vyštartovala.

P: Nie, fakt som nevedela prestať. Nedokázal povedať nič také, čo by ma uistilo a upokojilo.

T: Zaujímalo by ma ako sa môže niekto cítiť keď všetko čo by povedal, by situáciu aj tak nevyriešilo?

P: Myslím, že taký človek sa cíti ako bezmocný, tak ako som sa cítila ja.

T: Je to všetko čo by mohol človek cítiť?

P: Nie, myslím, že aj frustráciu a zlosť.

T: Myslíte si, že John sa cítil frustrovaný a nazlostený?

P: Musel to urobiť, preto ma udrel.

T: Myslím, že v tom čase ste si to ale neuvedomovali. Nemyslím si, že by ste vedeli aký efekt ste na neho mali.

P: Nie, ja som len cítila, že musím ísť stále ďalej a ďalej. Potrebovala som dostať nejaké uistenie, ináč by som sa zbláznila.

T: To znie ako by ste boli veľmi zúfala, je to tak?

P: Áno, bola som totálne zúfala, myslela som si že ho stratím a ostanem znovu sama.

T: Predpokladám, že keď sa cítite tak zúfalo, prestávate uvažovať aký efekt máte na iného človeka. Musíte mať len istotu, že je niekto tam. Keď nejakým spôsobom na takého človeka dorážate, dáva Vám to pocit, že tam niekto je a to je uisťujúce.

P: Je to niečo čo dáva pocit reality, ako napríklad porezať sa alebo si trieskať hlavu o stenu.

T: Takže možno tak ako ste povedali, nebudete to chcieť nechať, aby ste mali istotu, že ste neboli opustená a v tomto smere možno dokonca biť zbitá bolo pre Vás uisťujúce.

P: Áno, dáva to pocit reality.

Dynamickí terapeuti nevyhnutne položia otázku psychologických obrán ako projekcia, projektívna identifikácia, presunutie, popretie. V rámci MBT sa obranné mechanizmy považujú za normálnu súčasť mentálnej aktivity a nemajú špecifické miesto v tejto technike a tréningu. Obrany sú spôsoby myslenia, ktoré skresľujú realitu v záujme redukcie nepríjemného. V rámci MBT, mentalizovanie obrán je jednoducho identifikácia spôsobu ako sa osoba môže vyhýbať alebo zveličiť konkrétny zážitok, aby mala život jednoduchší.

Príklad: Pacient prichádza na sedenie, zjavne rozrušený a hovorí terapeutovi:

P: „ Čo sa to dnes s vami deje?“

T: Čo je na mne také, že sa zaujímate/čudujete, že čo sa deje?

P: Vyzeráte zúbožený.

T: Že by som bol, som si obzvlášť nevedomoval. Ale ešte raz, čo je na mne také, že uvažujete nad tým, že by som mohol byť?

P: Neviem, každý mi dnes pripadá zúbožený.

T: Viete, ja som mal vlastne podobnú myšlienku, že aj vy dnes vyzeráte dosť zúbožený. Vyzeráte, ako by ste plakali.

P: Naozaj o tom nechcem hovoriť.

Cieľom tu nie je, aby pacient rozoznal, že je v zajatí obranného mechanizmu, prípadne aby pochopil príčinu svojej defenzívy. Terapeutka používa svoje pochopenie ako obrany fungujú k tomu, aby pomohla pacientovi vrátiť sa k plnšiemu prežívaniu vlastnej subjektivity. Podobný prístup sa aplikuje aj na ostatné obranné mechanizmy.

## 8.5 Mentalizovanie prenosu

Keď hovoríme o mentalizovaní prenosu, myslí sa tým skratka termínu povzbudenia pacientov k premýšľaniu o vzťahu, v ktorom aktuálne sú. Cieľom je zamerať pozornosť pacientov na myseľ ďalšieho, myseľ terapeuta, a asistovať pacientovi v úlohe akéhosi kontrastu jeho vnímania ďalších a toho ako je on vnímaný ostatnými. Dôrazom pri použití prenosu je ukázať pacientovi ako rôzne časti správania môžu byť vnímané rozdielne a ako ostatné, iné mysle o nich môžu ináč uvažovať. Takže cieľom nie je umožniť pacientovi vhl'ad prečo skresľuje vnímanie terapeuta istým spôsobom, ale skôr podnietiť zvedavosť, prečo (ukázaním na viacznačnosť interpersonálnych situácií) si vyberajú a uľpievajú na špecifickej verzii. Následne pacienti môžu opustiť rigidne, schématické, psychicky- ekvivalentne, teleologické spôsoby interpretácie ich subjektivity a správania iných. Popisuje sa 6 krokov:

1- Potvrdzovanie prenosových pocitov:

nebezpečenstvo klasického prístupu je v tom, že môže dochádzať k implicitnému zrušeniu pacientovho prežívania. Ak pacient vníma terapeuta ako prenasledujúceho a je v režime psychickej ekvivalencie, nie je mu nápomocné, keď sa jeho prežívanie interpretuje ako súčasť jeho distorzie, napr. terapeut môže zdôrazniť, že pacient sa trvalo vkladá do pozície obeť v rámci terapeutického vzťahu.

Preto je prvým krokom uistiť pacientov, že ich pocity sú reálne a legitímne, v zmysle, že musia byť dobré dôvody, ktoré sa dajú nájsť v správaní terapeuta, prečo je terapeut vnímaný takýmto špecifickým spôsobom.

P: Nemáte o mňa záujem. Pre Vás som len práca a dokonca aj ako práca som nudný a nezaujímavý.

T: Nie som si istý, čo som urobil, ale určite som musel niečo urobiť, možno v posledných minútach alebo predtým, čo Vás o tom tom presvedčilo. Máte nejakú predstavu čo by to mohlo byť?

P: Zívli ste a predtým ste sa pozreli na hodinky.

T: Možno máte pravdu. Neuvedomil som si, že zívam, ale vybavuje sa mi, že som sa pozrel na hodinky. Možno to, ako sa teraz cítite je to, že je nepredstaviteľné, že by existovalo iné vysvetlenie, ako že ste pre mňa bremenom, vtedy keď sa dívam na hodinky.

2- Skúmanie prenosu:

Tak ako akákoľvek iné interpersonálne prežívanie je u pacientov s HPO nutné preskúmať prenos. Aplikujú sa tak, ako v iných častiach terapie techniky vyhodnocovania, preskúmania. Napr. pacient hovorí o pocitoch hnevu a frustrácie. Aké ďalšie pocity ich sprevádzajú? Je to sklamanie v terapeutovi alebo poníženie, že sa pacient zasekol v terapii s niekým kto vyzerá, že nedokáž pomôcť alebo radosť z toho, že pacient môže ukázať že je to terapeut, čo to nezvláda? Rovnako treba ujasniť fakty z pacientovej perspektívy. Identifikované musia byť udalosti, ktoré generujú prenosové pocity.

3- Prijatie vyhlásenia:

Z väčšej časti je prežívanie v prenose založené na realite. Znamená to, že terapeut bol vtiahnutý do prenosu a správal sa istým spôsobom konzistentne s tým, ako ho vníma pacient. Toto môže byť ľahko pripísané pacientovej manipulácii, ale to absolútne nepomôže.

V predchádzajúcom príklade terapeut priznal, že sa pozrel na hodinky, ale nie, že zazíval. Možno efektívnejší spôsob ako sa vysporiadať so situáciou by bolo odpovedať:

T: Neuvedomujem si, že by som zazíval, ale viem si ľahko predstaviť, že som to urobil bez toho, aby som to zaregistroval. Vidím, prečo Vás to mohlo rozrušiť. Pravdepodobne by to v podobnej situácii rozrušilo aj mňa. Mrzí ma, že som Vás rozrušil, ale zároveň by som bol zvedavý či záver, ktorý ste urobili, teda že som znudený, je jedinou možnosťou? Čo myslíte?“

4- Spolupráca pri prinášaní interpretácii:

Metaforicky povedané, terapeut a pacient by mali sedieť bok po boku a nie oproti sebe a pozerat' sa na pacientove myšlienky a pocity. Preto pacientov hnev a frustrácia, pocity poníženia, ktoré to celé obklopujú, sa stávajú terčom spoločného záujmu.

„Boli ste taký rýchly v tom, že ste predpokladali, že som z Vás znudený, keď ste hovorili o mojom zívaní. Zajímalo by ma prečo ste boli taký rýchly, že som stratil podľa Vás tak

rýchlo záujem. Zdá sa mi to prekvapivé, keď sa pozriem ako sme doteraz spolu tvrdo a dobre pracovali.“

Terapeut dúfa, že pacienta zahrnie do procesu, ale samozrejme niekedy pacienti môžu len zopakovať čo už prehlásili. Táto reakcia však môže byť predmetom následného záujmu.

P: Samozrejme, že ste boli znudený. To bolo zjavné.

T: Som zaskočený nielen tým aké je to pre Vás zjavné, ale aj tým, aké je pre nás ťažké pozrieť sa na alternatívnu perspektívu. Prečo si myslíte, že je také ťažké rozmýšľať o inej možnosti, napriek tomu, že to čo myslíte je pravda?

5- Poskytnutie alternatívnej perspektívy:

T: To čo by som si myslel ja, keby som sa s niekým rozprával a díval by sa na hodinky, by bol, že asi chce byť niekde inde.

P: Som taký znudený. Vždy cítim, že nechcete byť so mnou a radšej by ste boli niekde inde.

T: Rozumiem. Takže keď ma vidíte ako sa dívam na hodinky, môžete mať myšlienku, že radšej by som robil niečo iné ako bol tu s Vami?

P: Myslel som, že som Vás stratil, že ste odišiel, že ste ma opustil.

T: Teraz chápem, prečo ste tak hneval. Ako sme predtým hovorili, je pre Vás veľmi ťažké, keď sa u Vás naštartujú pocity opustenia. Vtedy cítite, že musíte niečo urobiť.

P: Niekedy proste rozdávam údery a tento krát ste dostali vy, ale väčšinou sa to vyvíja tak, že útočím na seba. Končím s tým, že budem tá, ktorá trpí.

T: Predpokladám, že ak sa pohneváte s ľuďmi, môžu odchádzať dokonca ešte rýchlejšie.

P: Som si istá, že to aj robia, ale nemôžem si pomôcť. Pociť, že som bola opustená je jednoducho príliš silný. Hrozím sa toho, že ma jedného dňa opustíte.

6- Monitorovanie pacientovej reakcie a pokus o interpretáciu tejto reakcie:

Tak ako vhl'ad nie je cieľom intervencie, prenosová intervencia nie je koncom procesu. V skutočnosti, obyčajné vyhlásenie terapeuta o tom ako rozumie pacientovej reakcii, skôr uzavrie mentalizovanie ako podporí jeho ďalšiu aktiváciu. Terapeut preto exploruje reakciu na intervenciu ako posledný krok mentalizovania prenosu.

V našom príklade napríklad takto: „ Prekvapuje ma, že sa Vám možno uľavilo tým, že hovoríte o týchto silných pocitoch, ktoré sprevádzajú vaše presvedčenie, že jedného dňa vás opustím.“

Tu je terapeut opäť v kroku číslo 1 mentalizovania prenosu a musí začať opätovne potvrdzovať a overovať pacientove presvedčenie, že terapeut ho jedného dňa totálne opustí, poukazujúc na to, že to nie je hlúpy, ale reálny a legitímny pocit, ktorý má svoje



korene v ďalších myšlienkach a pocitoch , ktoré pacient má a ktoré ešte neboli doteraz explicitne povedané a potrebujú byť mentalizované.

**V celom procese mentalizovania prenosu ide skôr o to byť s pacientom spolu na ceste ako doraziť do nejakého konkrétneho cieľa.**

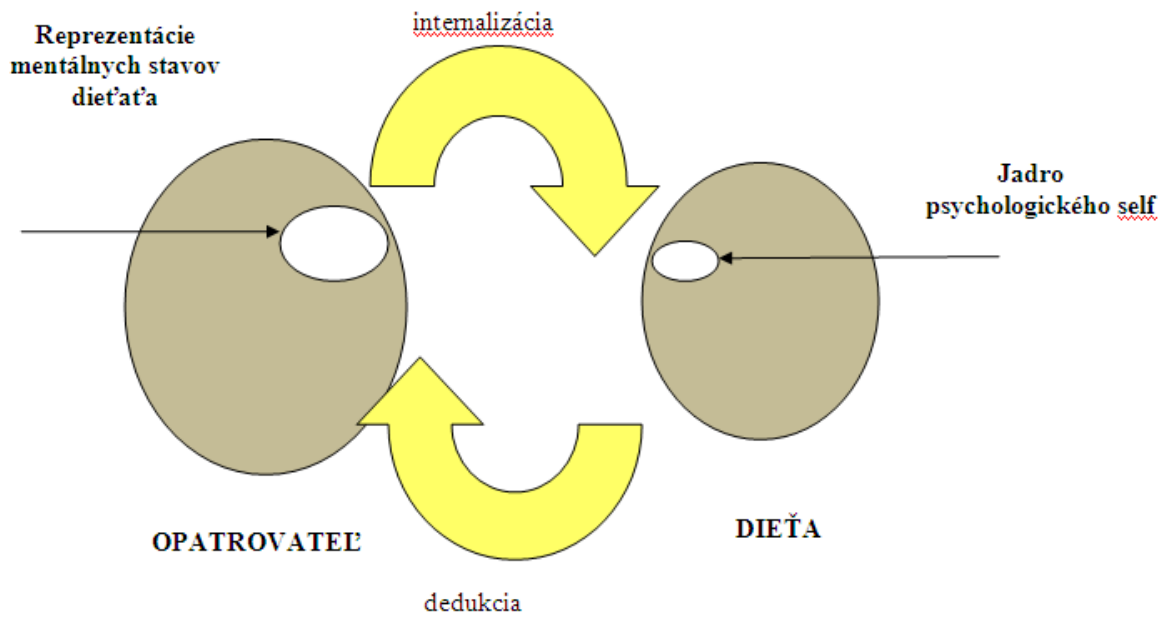
## **ZÁVER:**

Táto práca sa venovala mentalizovaniu. Na mentalizovanie môžeme nazerať ako na jednu zo základných charakteristík duševne zrelého jedinca. Obzvlášť významnú úlohu zohráva pri možnosti vytvoriť si a udržať pevné a zdravé medzilidské vzťahy.

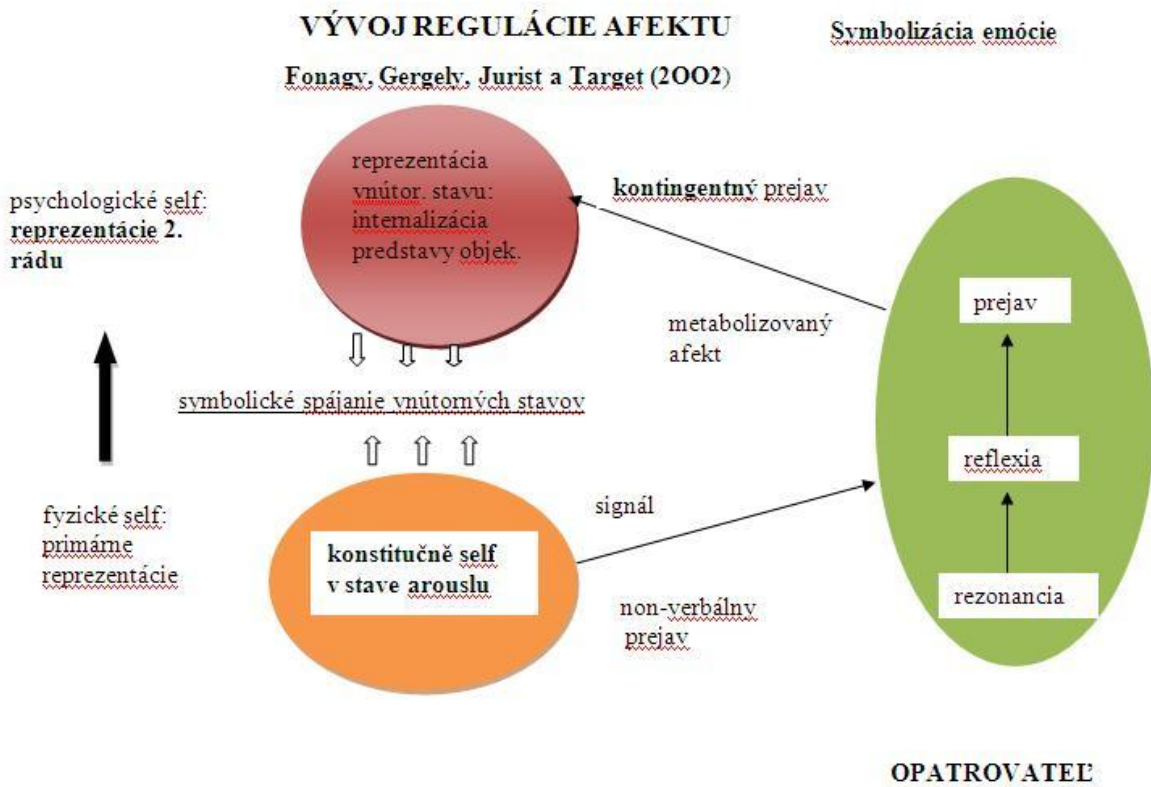
Na psychoterapeutickom poli nie je pojem mentalizovania žiadnym nováčikom. Avšak robustný vývin neurozobrazovacích metód, pokroky v chápaní na poli vzťahovej väzby a vývinovej psychológie, autorom terapie založenej na mentalizovaní umožnili vytvoriť koherentnú a podľa doterajších výsledkov aj efektívnu techniku.

Terapia je zameraná a štúdiami overená u pacientov s hraničnou poruchou osobnosti, ale verím, že to nie je jediná možná oblasť aplikácie, či už pôjde o poruchy na osi I alebo II. Mentalizovanie je niečo, čo využívame každý deň, vo veľkej miere implicitne. Zúčastňujeme sa na mentálnych stavoch u seba aj iných. Jej rozvíjaním či upevňovaním (ak správne aplikujeme) nemôžeme u pacientov nič pokaziť, dokonca ani keď mentalizovanie extrapolujeme na každodenný kontakt s ľuďmi, s ktorými prichádzame do kontaktu. Pretože mentalizovanie je vo veľkej miere práve to, čo nás robí ľuďmi.

**PRÍLOHY:**



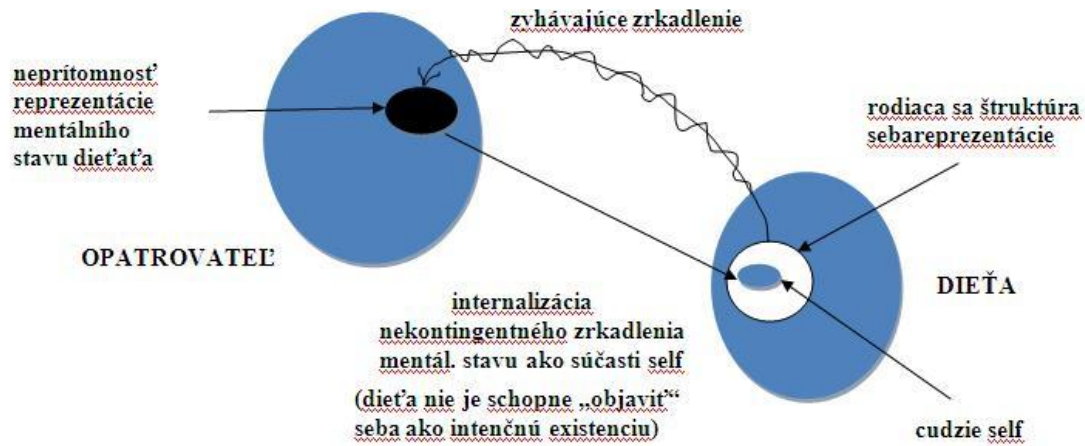
**Obrázek 1. Zrod psychologického self**



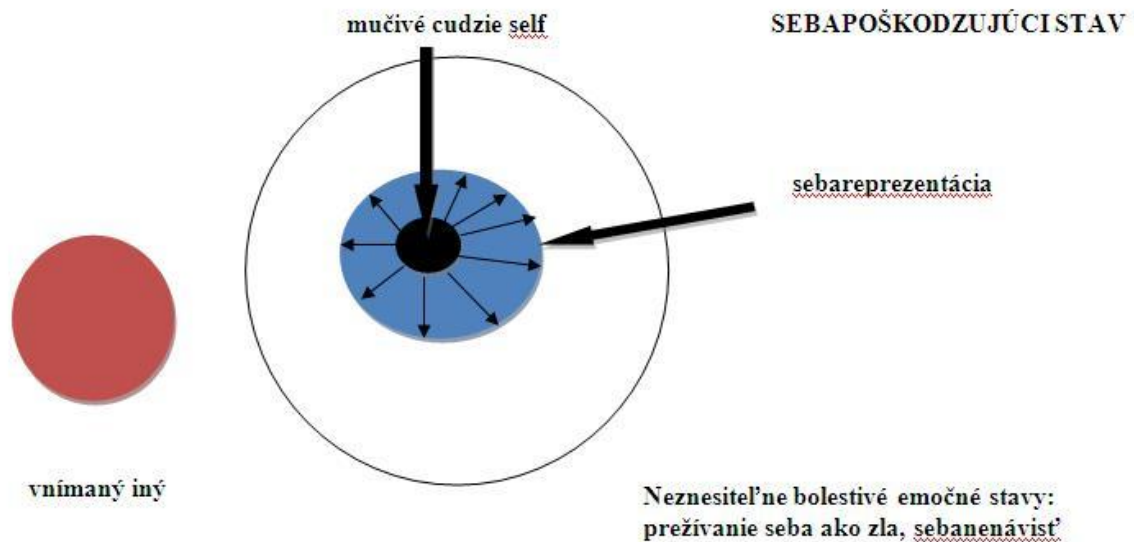
**Obrázek 2. Vývoj regulácie afektu**

### ZROD CUDZIEHO SELF

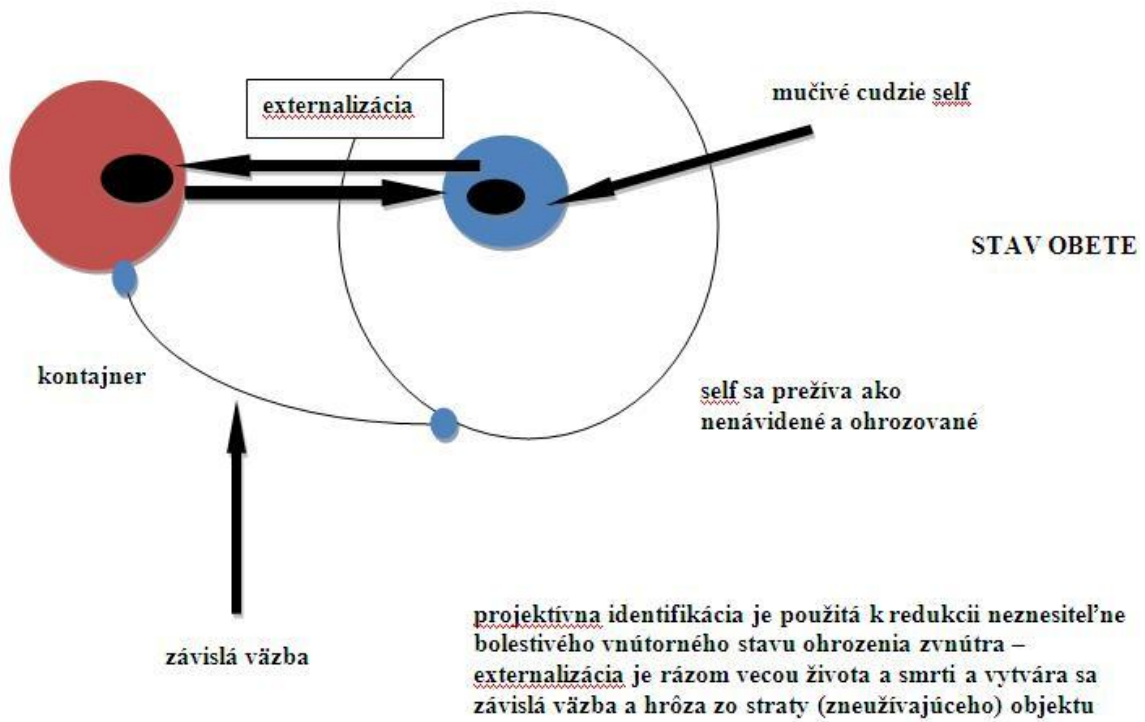
Vnímание opatrovateľa je nekongruentné alebo nezvýrazňované alebo oboje



Obrázek 3. Zrod cudzieho self



Obrázek 4. Sebapoškodzujúci stav



Obrázek 5. Projektívna identifikácia

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY:

1. **ALLEN, J.- FONAGY, P. - BATEMAN, A.,** 2008. Mentalizing in clinical practice. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc., 2008. s.403. ISBN 978-1-58562-306-8.
2. **BARTLES, A. – ZEIKI, S.** 2004. The neural correlates of maternal and romantic love. In Neuroimage, ISSN 1053-8119, 2004, 21, s.1155-1166.
3. **BATEMAN, A. - FONAGY, P.** 2006. Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 2006. s.193. ISBN 978-0-19-857090-5.
4. **BATEMAN, A. - FONAGY, P.** 2004. Psychoterapy for borderline personality disorder: mentalization – based treatment. Oxford: Oxford University Press, 2004. s.381. ISBN 0-19-852766-7.
5. **BOHUS, M.** 2005. Borderline porucha osobnosti. Pokroky v psychoterapii. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005. s.152. ISBN 80-88952-23-9
6. **BUSH, F.** 2008. Mentalization. New York: The Analytic Press, 2008. s.302. ISBN 0-88163-485-9.
7. **FONAGY, P. – GERGELY, G. – JURST, EL.** 2002. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press, 2002. s.577. ISBN 9781590511619.
8. **FONAGY, P.** 2006. The mentalization- focused approach to social developement. In Allen J, Fonagy P, (eds): Handbook of Mentalization-Based Treatment. Chichester, UK, Wiley, 2006; s.53-99. ISBN 978-0-470-01560-5.
9. **FONAGY, P. – TARGET, M.** 2002. Early intervention and the development of self-regulation. In Psychoanalytic Inquiry, ISSN .... 2002, 22(3), s.307-335.
10. **GALLAGHER, H. – FRITH, C.** 2003. Functional imaging „theory of mind“. In Trends in Cognitive Sciences, ISSN 1879-307X, 2003, 7, s.77-83.
11. **GALLESE, V.** 2001. The“shared manifold“ hypothesis: from mirror neurons to empathy. In Journal of Consciousness Studies, ISSN ... 2001, 8, s.33-51.
12. **GERGELY, G. – CSIBRA, G.** 2005. The social construction of the cultural mind: imitative learning as mechanism of human pedagogy. In Interaction Studies, ISSN ... 2005, 6, s 463-481
13. **GUNDERSSON, J.** 2001. Borderline personality disorder: A clinical guide. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001, s.329. ISBN 1-58562-016-5.

14. **HAŠTO, J.** 2005. Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005. s.300. ISBN 808895228X
15. **HERMAN, E. - PRAŠKO, J. - SEIFERTOVÁ, D.** 2007. Konziliárni psychiatrie. Praha: Medical Tribune, Galén, 2007. s.185-196. ISBN 978-80-903708-9-0.
16. **JURIST, E.** 2005. Mentalized affectivity. In International Journal of Psychoanalysis, ISSN 0020-7578, 2005, 22, s.426-444.
17. **KOUKOLÍK, F.** 2010. Lidství. Praha: Galén, 2010. s.257. ISBN 978-80-7262-654-0.
18. **KOUKOLÍK, F.** 2006. Sociální mozek. Praha: Karolinum, 2006. s.216. ISBN 80-246-1242-9
19. **LIEBERMAN, M. – EISENBERGER, N. – CROCKETT, M.** 2007. Putting feelings into words: affect labeling disrupts amygdala activity to affective stimuli. In Psychological Science, ISSN 0956-7976, 2007, 18, s.421-428.
20. **MEINS, E. – FERNYHOUGH, C. – WAINWRIGHT, R.** 2002. Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. In Child Development, ISSN 0009-3920, 2002, 73, s.1715-1726.
21. **MOŤOVSKÝ, B.** 2009. Bipolárna afektívna porucha II. In Psychiatria pre prax, 2009, 10(5), s. 212-215.
22. **MUNICH, R.** 2006. Integrating mentalization-based treatment and traditional psychotherapy to cultivate common ground and promote agency. In Allen J, Fonagy P, (eds): Handbook of Mentalization-Based Treatment. Chichester, UK, Wiley, 2006; s.143-156. ISBN 978-0-470-01560.5.
23. **OLDHAM, J. - SKODOL, A. - BENDER, D.** 2009. Essentials of personality disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc., 2009. s.417. ISBN 978-1-58562-358-7.
24. **ONISHI, K. – BAILLARGEON, R.** 2005. Do 15-month-old infants understand false beliefs? In Science, ISSN 1095-9203, 2005, 308, s.255-258.
25. **PRAŠKO, J.** 2009. Poruchy osobnosti. Praha: Portál, 2009. s.359. ISBN 978-80-7367-558-5.
26. **PRESTON, S. – de WALL, F.** 2002. Empathy: its ultimate and proximate bases. In Behavioral and Brain Sciences, ISSN 0140-525X, 2002, 25, s.1-20.
27. **RIZZOLATTI, G. – CRAIGHERO, L.** 2004. The mirror neuron system. In Annual Review Neuroscience, ISSN 0147-006X, 2004, 27, s.169-192.

28. **SIEGEL, D.J.** 1999. The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience. New York: Guilford press, 1999, s.395. ISBN 9781572304536.
29. **SMOLÍK, P.** Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf, 2001. s.506. ISBN 80-85912-18-X.
30. **WELLMANN, H. – LAGATTUTA, K.** 2000. Developing understanding of mind, In Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen D, (eds): Understanding Other Minds: Perspective from Developmental Cognitive Neuroscience. New York: Oxford University Press, 2000. s.21-49. ISBN 9780198524465
31. **WICKER, B. – KEYSERS, C. – PLAILLY, J.** 2003. Both of us disgusted in my insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. In Neuron, ISSN 0896-6273, 2003, 40, s.655-664.
32. **WWW.ANNAFREUD.ORG**