

Prehľadová práca

Mentalizácia: Úvod do mentalizácie/ mentalizovania. Časť I.

Róbert Košťan¹, Marián Bernadič²

Súhrn

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 terapiu založenú na mentalizovaní (MBT). Mentalizovanie, teda zúčastňovanie sa na vnútorných stavoch u seba a ostatných, má kľúčovú úlohu pri vytváraní kvalitných medziľudských vzťahov. Narušené je prakticky pri každej duševnej poruche, zvlášť pri hraničnej poruche osobnosti a traumách v ranej vzťahovej väzbe. MBT sa zameriava iba na tie poruchy, kde je narušené mentalizovanie vyslovene jadrovým problémom. Špecializačná práca je rozdelená na dve časti - prehľad teoretického pozadia vývoja insuficientného mentalizovania a druhá časť návody na praktické intervencie v terapii.

Kľúčové slová: interpersonálne vzťahy, mentalizovanie, teoretické východiská mentalizovania.

Summary

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.

Key words: impaired interpersonal relationships, mentalization, theoretical background in insufficient development of mentalization.

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 rozpoznania 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:

¹Psychiatrická klinika FN Trenčín a Katedra psychiatrie Lekárskej fakulty Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave, ²Ústav patologickej fyziológie Lekárskej fakulty UK v Bratislave
Adresa pre korešpondenciu: MUDr. R. Košťan, Psychiatrická klinika FN Trenčín, Legionárska 28, 911 71 Trenčín

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 jednať neočakávane a bez uváženia následkov;

(2) zreteľná tendencia k neznašanlivému 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 klinika výzvou a nie zriedka aj terapeutickým „orieškom“. V horšom prípade (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, lekároch 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, snáď 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.

V práci sa venujeme 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).

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 (Permer 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 mysľami, ktoré sú zrelšie, pričom tie sú benigne, 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 dosť 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 poznal „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.

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 majúcich 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 čistou 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 presvedčenia. 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 prania. 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 predispo-

nované 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. 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 nazeráť, 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 flashbakoch), 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 psychologickéj 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“ /mindblindness/ (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 opisuje 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 závažné problémy vo vzťahoch, ale vedie tiež k subjektívnemu distresu, ktorý môže vyústiť do seba-poškodzovania a suicidality. Úzke prepojenie s procesmi vzťahovej väzby sú tu kľúčové. Narušené vzťahy zhoršujú mentalizáciu a jednak sú nedostatočným mentalizovaním samé o sebe narušované. Preto navrhujeme, že ak pomôžeme pacientom pri uzdravení 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 činiteľia (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 diferenciaciu 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 činiteľia. 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.

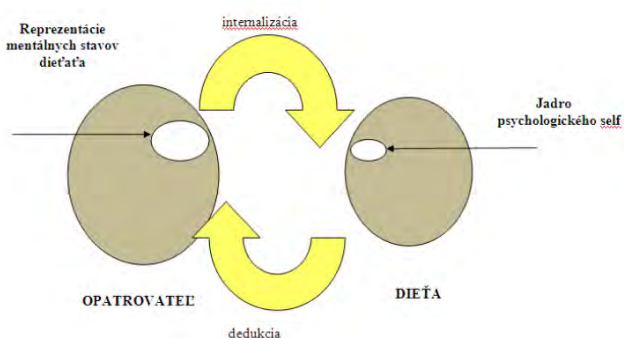
Dieťa prispôsobuje svoje správanie napríklad obsahu túžby dospelého, ktoré mu v minulosti pripísalo. Deti v tomto veku postupne získavajú implicitné pochopenie pravdivých a falošných presvedčení, vstupujú do spoločnej imaginatívnych hier, čím sa zlepšuje schopnosť spolupracovať, osvojujú si jazyk reprezentujúci 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 kauzálnno-časového rámca, ktorý umožňuje vývin autobiografického self a pochopenie seba a ostatných prostredníctvom autobiografického rozprávania (príklad zo štúdie s dieťaťom a nálepkou).

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

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



Obrázok 1. Zrod psychologického self (podľa Fonagy a Bateman, 2004).

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 detegovať 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 (Bahrick 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.

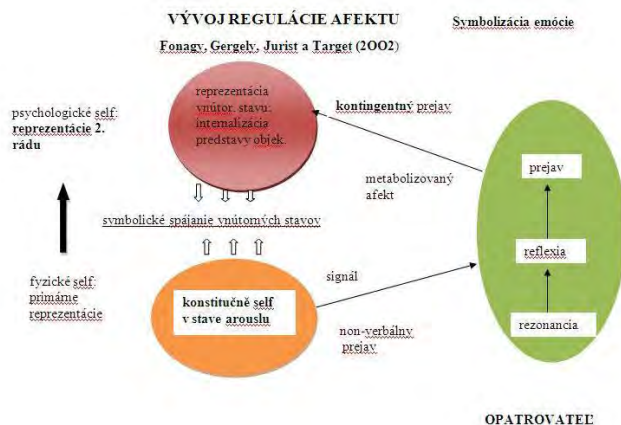
Podľa Meltzoffa a Moorea (1997) je zrkadlenie univerzálnou, biologicky pripravenou (inštinktívnou) odpoveďou všetkých dospelých.

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.

Vezmime 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 (napr. Lagherstee a Varghese, 2001).



Obrázok 2. Vývoj regulácie afektu (podľa Fonagy a spol., 2002).

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 druhej 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 máťucim, 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/priťahuje 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 Winnicott (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).

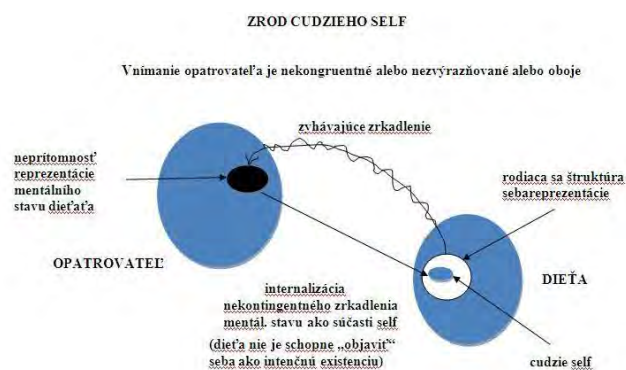
B2 - pri nedostatočne zvýraznenom zrkadlení (napriek kongruencii s vnútorným stavom dieťaťa), môže vnútorný stav dieťa zahliť, napríklad ak ako odpoveď na frustráciu dieťaťa nazloštená matka vyjadří svoj hnev priamo smerom k dieťaťu. Je to prečítované ako skutočná, reálna emócia rodiča a skôr stav dieťaťa 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 kontajnovat' 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 sebaoprežívania 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 sebaopškodovania 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 3. Zrod cudzieho self: Fonagy, Bateman (2004)

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 dospeleho, 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 inkoherencii 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: títo 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 jediniec 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;

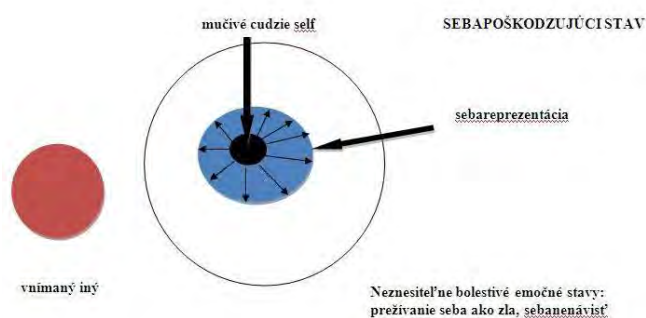
B: skorý nadmerný stres narušuje fungovanie mechanizmov arousalu inhibíciou orbito-frontálnej kortikálnej aktivity (mentalizovanie);

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

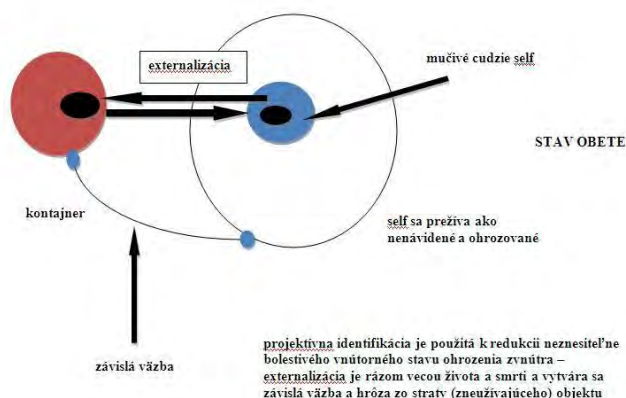
Takto sa uzatvára bludný kruh:

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 (disociovanej) self - poskytne to sice dočasnú úľavu, ale deštruktívny zámer zneužívajúceho je prežívaný potom zvnútra - dôsledok môže byť neznesiteľné prežívanie sebanenávisti.



Obrázok 4. Seba-poškodzujúci stav (podľa Fonagy a Bateman, 2004).



Obrázok 5. Projektívna identifikácia (Fonagy a Bateman, 2004).

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 rapídne 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 sebaopoškodzujúceho 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 (viď Gabbard, 2005) by mohlo poukazovať na deficit v mentalizovaní. Tým nechceme 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 aktívovaný 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 štádiá 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 opísaná 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 svojím 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 opísané 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 počúvajúci úplne vylúčený. Rozhovor má teda len zdanie komunikácie. Pri takto vedenej psychoterapii

peutickej 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 mysticismus, 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 zmysluplnosti.

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 nabudenia. 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 použijeme klíšé 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 myšli 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 zahrnie niekoho myšlienky či pocity. Preto sa pri hodnotení men-

talizovania musíme pozerat' 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. epizodám 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 želá, 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 podmiernenosť medzi myšlienkami a pocitmi pacienta a dôležitými osobami v jeho živote (distribúovaní).

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 zaangażovanie 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 sebaštruktúrný“.

Nejde vždy len o obsah, ale aj o štýl a implicitnú úroveň rozprávania. Štýl môže byť riedky alebo naopak prehnávaný. 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 tlačný. Mentalizovanie tu hodnotíme ako slabé.

4.5. Pseudomentalizovanie

Asi najväčšou výzvou v rozpoznávaní mentalizovania je schopnosť odlišiť ho od pseudomentalizovania. Toto väčšinou spadá do jednej z troch kategórií: 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 vzhľadu 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. Pri 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 trestať a pod...“).

Známky takéhoto chápania možno nájsť aj v štylizácii. Hovorí 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 rigidným 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 špeciálne 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 lojalita 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 rozmyšľať. Pre HPO pacientov už len prítomnosť osoby, ktorá dokáže uvažovať, môže byť hlboko ohrozujúca. Zvýšením nabudenia dôjde ľahko k podkopaniu mentalizovania. Pre „obete“ je to odporaná skúsenosť. A tak krik, fyzické vyhrážky alebo jazyk zneužívania, môžu všetky slúžiť k zablokovaniu mentalizovania. Jemnejšie povedané, pacienti môžu vyvolávať poruchu mentalizovania napríklad ponižovaním 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 vyšetrení 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 prehĺbujú 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. Sebaprezentácie:

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 odhalienu svojich prípadných chýb, „Všimol som si, že na niektoré veci reagujem prehnane“ (Bateman a Fonagy 2006).*

*Práca je prvou časťou práce k špecializačnej skúške zo psychiatrie. Ďakujeme za cenné rady a usmernenia školiteľovi doc. MUDr. A. Rakúsovi. V nasledujúcich číslach časopisu Psychiatria psychoterapia psychosomatológia budú postupne uverejnené ďalšie dve časti práce.

Literatúra

1. ALLEN, J., FONAGY, P., BATEMAN, A.: Mentalizing in clinical practice. Arlington: American Psychiatric Publ., 2008, s. 403.

2. BARTLES, A., ZEIKI, S.: The neural correlates of maternal and romantic love. Neuroimage, 2004, 21, s.1155-1166.

3. **BATEMAN, A., FONAGY, P.:** Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 2006, s.193.
4. **BATEMAN, A., FONAGY, P.:** Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization – based treatment. Oxford: Oxford University Press, 2004, s. 381.
5. **BOHUS, M.:** Borderline porucha osobnosti. Pokroky v psychoterapii. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005, s.152.
6. **BUSH, F.:** Mentalization. New York: The Analytic Press, 2008, s. 302.
7. **FONAGY, P., GERGELY, G., JURST, E.L.:** Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press, 2002, s. 577.
8. **FONAGY, P.:** The mentalization - focused approach to social development. In: Allen, J., Fonagy, P.(eds): Handbook of Mentalization-Based Treatment. Chichester, UK: Wiley, 2006, s. 53-99.
9. **FONAGY, P., TARGET, M.:** Early intervention and the development of self-regulation. Psychoanalytic Inquiry, 2002, 22(3), s. 307-335.
10. **GALLAGHER, H., FRITH, C.:** Functional imaging „theory of mind“. Trends in Cognitive Sciences, 2003, 7, s. 77-83.
11. **GALLESE, V.:** The “shared manifold“ hypothesis: from mirror neurons to empathy. Journal of Consciousness Studies, 2001, 8, s. 33-51.
12. **GERGELY, G., CSIBRA, G.:** The social construction of the cultural mind: imitative learning as mechanism of human pedagogy. Interaction Studies, 2005, 6, s. 463-481.
13. **GUNDERSSON, J.:** Borderline personality disorder: A clinical guide. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001, s. 329.
14. **HAŠTO, J.:** Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005, s. 300.
15. **HERMAN, E., PRAŠKO, J., SEIFERTOVÁ, D.:** Konziliárny psychiatrie. Praha: Medical Tribune, Galén, 2007, s.185-196.
16. **JURIST, E.:** Mentalized affectivity. International Journal of Psycho-analysis, 2005, 22, s.426-444.
17. **KOUKOLÍK, F.:** Lidství. Praha: Galén, 2010, s. 257.
18. **KOUKOLÍK, F.:** Sociální mozek. Praha: Karolinum, 2006, s. 216.
19. **LIEBERMAN, M., EISENBERGER, N., CROCKETT, M.:** Putting feelings into words: affect labeling disrupts amygdala activity to affective stimuli. Psychological Science, 2007, 18, s.421-428.
20. **MEINS, E., FERNYHOUGH, C., WAINWRIGHT, R.:** Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. Child Development, 2002, 73, s.1715-1726.
21. **MOŤOVSKÝ, B.:** Bipolárna afektívna porucha II. Psychiatria pre prax, 2009, 10(5), s. 212-215.
22. **MUNICH, R.:** 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.
23. **OLDHAM, J., SKODOL, A., BENDER, D.:** Essentials of personality disorders. Arlington: American Psychiatric Publ., 2009. s. 417.
24. **ONISHI, K., BAILLARGEON, R.:** Do 15-month-old infants understand false beliefs? Science, 2005, 308, s. 255-258.
25. **PRAŠKO, J.:** Poruchy osobnosti. Praha: Portál, 2009, s. 359.
26. **PRESTON, S., de WALL, F.:** Empathy: its ultimate and proximate bases. Behavioral and Brain Sciences, 2002, 25, s.1-20.
27. **RIZZOLATTI, G., CRAIGHERO, L.:** The mirror neuron system. Annual Revue Neuroscience, 2004, 27, s.169-192.
28. **SIEGEL, D.J.:** The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience. New York: Guilford press, 1999, s. 395.
29. **SMOLÍK, P.:** Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf, 2001, s. 506.
30. **WELLMANN, H., LAGATTUTA, K.:** 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.
31. **WICKER, B., KEYSERS, C., PLAILLY, J.:** Both of us disgusted in my insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. Neuron, 2003, 40, s. 655-664.

Do redakcie došlo 20.11.2017.