

## Prehľadová práca

# Hraničná porucha osobnosti a mentalizácia

Z. Trokanová

### Súhrn

Hraničná porucha osobnosti (HPO) je častá a závažná porucha, charakterizovaná najmä nedostatočnou reguláciou afektov a impulzov a nestabilitou v medziľudských vzťahoch a v sebaobrazze. Závažnosť poruchy potvrdzuje vážne narušenie fungovania týchto jedincov v práci aj v rodine a tiež vysoké riziko samovražedného konania. V práci sú novšie poznatky o etiológii poruchy, neurotransmitterových abnormalitách, nálezy získané pomocou neurovizuálnych metód a súhrn psychosociálnych faktorov, ktoré dávame do súvislosti s hraničnou poruchou. Osobitnú pozornosť venujeme traume v detstve, vzťahovej väzbe a mentalizácii. Cieľom práce je priblíženie vývojového modelu HPO britských psychoanalytikov Batemana a Fonagyho, ktorí majú bohaté skúsenosti s liečbou hraničných pacientov. Vyzdvihujú úlohu vzťahovej väzby pri rozvoji schopnosti mentalizácie a regulácie emócií. Zostavili terapeutický program založený na posilňovaní mentalizácie: *mentalization-based treatment (MBT)*.

**Kľúčové slová:** hraničný, trauma v detstve, vzťahová väzba, rodičovské zrkadlenie, mentalizácia.

### Úvod

Záujem o poruchy osobnosti sa zvyšuje aj preto, že nie sú problémom samým o sebe, ale zasahujú do liečby ostatných duševných porúch. Výsledkom sú jednak príspevky k objasňovaniu etiológie porúch osobnosti a na druhej strane vytváranie nových prístupov k liečbe, ktoré ponúkajú nádej, že osobnosť možno meniť a liečiť.

Jednou z najčastejších porúch osobnosti v populácii je hraničná porucha osobnosti (HPO). Literárne údaje o prevalencii sa rôznia od 0,7 % (Torgersen a kol., 2001) po 2–3 % populácie (Praško a kol., 2003). Významný je podiel týchto jedincov na využívaní zdravotníckych a sociálnych služieb, pričom najvyššia miera prevalencie je medzi pacientmi, ktorí vyžadujú najintenzívnejšiu starostlivosť – z ambulantných psychiatrických pacientov tvoria 10 %, z hospitalizovaných 15–20 %.

Epidemiologické dáta sú však v rozpore s tým, ako skromne je táto porucha diagnostikovaná v našej praxi. Môže za tým byť rezignácia na viacosovú diagnostiku. Hraniční pacienti sa obvykle do kontaktu so zdravotníckym zariadením dostávajú pre komorbídnu poruchu z osi I (podľa DSM IV), najčastejšie depresiú, závislosť na návykovej látke, úzkostnú poruchu, či po suicidálnom pokuse... atď. (Pričom odpoveď pacientov na liečbu tejto komorbídnej poruchy z osi I je vše-

obecne horšia, ak má pacient zároveň HPO.) Ďalším faktorom je vysoký stupeň heterogenity prezentácie poruchy. V DSM IV je deväť kritérií pre HPO, ale iba päť z nich musí byť prítomných, aby bola stanovená diagnóza. To znamená, že je možných 151 rôznych kombinácií kritérií pre HPO. Je dokonca možné, že dvaja jedinci, ktorí dostanú túto diagnózu, spolu zdieľajú iba jedno z deviatich kritérií. Opodstatnene je potom rôznorodosť klinickej prezentácie hlavnou bariérou efektívneho výskumu a pokroku v tejto oblasti.

Užitočnou pomôckou pri diagnostikovaní poruchy osobnosti je dotazník SKID-II. Štruktúrované klinické interview pre DSM-IV os II: Poruchy osobnosti Zošit pre interview, ktorý je dostupný aj v slovenčine na internetových stránkach [www.vydavatelstvo-f.sk](http://www.vydavatelstvo-f.sk).

Hraničná porucha osobnosti je charakterizovaná nedostatočnou reguláciou afektov a impulzov, nestabilitou v medziľudských vzťahoch a v obraze o sebe. Definícia DSM-III okrem toho vyzdvihla strach z osamelosti, sebapoškodzovanie, chronické pocity prázdnoty či nudy. DSM-IV zaviedla impulzivitu ako základný rys poruchy a zahrnila do definície tiež prechodné a so stresom súvisiace paranoidné predstavy a ťažké disociačné príznaky. Dôležitým príznakom je aj porucha identity a snaha vyhnúť sa odmietnutiu (podrobnejšie Robinson, 2002). Slabinou definície je opomenutie sklonu k regresii a používanie primitívnych obranných mechanizmov.

Psychiatrická nemocnica Veľké Zálužie

**Adresa:** MUDr. Zdenka Trokanová, Psychiatrická nemocnica, Rípnok 334, 951 35 Veľké Zálužie, Slovenská republika  
Tel.: 037/6548 305, e-mail: trokanova@pnvz.sk

Stabilita diagnózy HPO je nízka. Borderline pacienti sa v priebehu času symptomaticky zlepšujú. V neskoršom strednom veku už iba malé percento z nich spĺňa kritériá pre diagnózu HPO. Pritom impulzívne symptómy sa „rozpúšťajú“ najrýchlejšie a afektívne symptómy sú najviac chronické. Symptomatické zlepšenie je bežné dokonca aj u najviac narušených hraničných pacientov a symptomatická prognóza je pre väčšinu hraničných pacientov lepšia, ako sa v minulosti pripúšťalo. Lenže i po symptomatickom zlepšení, keď už diagnóza HPO nie je u pacientov aplikovateľná, zostávajú pacienti vážne funkčne narušení. Vo všeobecnosti sú častejšie rozvedení, slobodní a majú horšie medziludské vzťahy aj s rodičmi a súrodencami. Sú častejšie, ako je bežné, nezamestnaní, práceneschopní alebo často menia zamestnanie a dosahujú v ňom menšie úspechy. Takmer 10 % z nich spácha samovraždu (Work Group on Borderline Personality Disorder, 2001).

Za posledných 20 rokov bol na poli borderline poruchy dosiahnutý enormný pokrok. Dávnejšie kontroverzie týkajúce sa legitimity diagnózy a jej vzťahu k iným duševným stavom sa už zdajú neprimerané. Tiež sa objasnilo, že psychosociálne cesty vedúce k HPO sú mimoriadne komplexné a neexistuje žiadny jednoduchý vzťah medzi jednotlivou traumou (akou je napríklad sexuálne zneužitie v detstve) a HPO.

### Neurotransmiterové abnormality

Dysfunkcia regulácie sérotonínu sa pokladá za etiopatogenetický faktor porúch afektivity. Časté objavovanie sa depresívnych epizód u hraničných pacientov a dobrá reakcia na antidepresíva a lítium viedla k úvahám o úlohe dysfunkcie sérotonínergického systému v etiológii HPO (Siever, 1999; cit. podľa Praško, 2008). Impulzivnosť, autoagresivita a navonok smerovaná agresivita sú asociované s dysfunkciou sérotonínergického systému vyznačujúcou sa nízkou hladinou kyseliny 5-hydroxyindolactovej v likvure a oslabenými neuroendokrinnými odpoveďami na fenfluramine (látka stimulujúca vyplavovanie sérotonínu). Tieto abnormality majú určitý stupeň kortikálnej lokalizácie v oblastiach zapojených do inhibície limbickej agresivity v orbitofrontálnej kôre, ventromediálnej kôre a cingulárnej kôre, ktorá vykazuje zníženú aktiváciu v odpovedi na sérotonínergické skúšky. Redukovaná sérotonínergická modulácia v týchto inhibičných oblastiach môže mať za následok dezinhibíciu agresivity. Súhlasí to s klinickými poznatkami, že selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu (SSRI) sú účinné na redukciu impulzívnej agresivity nezávislej od depresie, keď sa používajú vo vyšších dávkach a/alebo dlhodobejšie. Štúdiá väzbovej kapacity 5HT používajúca PET u HPO subjektov bez medikácie poskytla dôkazy zníženej väzbovej kapacity 5HT v kortiko-striatálnych oblastiach, vrátane médio-frontálneho gyru, predného cingula, gyrus temporalis superior a corpus striatum. Dôležité je, že údaje o väzbovej kapacite 5HT korelovali so skóre impulzivitu.

Bolo zaznamenané, že abnormality noradrenergetickej neurotransmisie u HPO pacientov sú spojené s vrhaním sa do

rizika (risk taking) a s vyhľadávaním vzrušujúcich zážitkov (sensation seeking).

Sú aj určité dôkazy o zvýšenej dopamínergickej aktivite v spojení s kvázi psychotickým myslením pri poruchách osobnosti. Zvýšené dopamínové koncentrácie boli zistené v mozgovomiechovom moku pacientov so schizotypovou poruchou a u pacientov s HPO s komorbídnymi schizotypovými príznakmi (Siever, 1999, cit. podľa Bateman, Fonagy 2004).

### Kortikálna lokalizácia

Prvé štúdie využívajúce neurozobrazovacie metódy skúmali regionálnu cerebrálnu aktivitu (hemodynamické zmeny) spojenú s emocionálnym spracovávaním, napr. pri premietaní fotografií scén s emočne silne sýteným obsahom (mutilované telá, plačúce deti, násilie, nebezpečenstvo). U osôb s HPO bola detegovaná zvýšená krvná oxygenácia bilaterálne v amygdale a aktivácia mediálneho a infero-latero-prefrontálneho kortexu. Zvýšená aktivácia amygdaly znamená intenzívne a pomaly utíchajúce emócie v odpovedi dokonca aj na stresory s nízkou intenzitou. Znamená to, že perceptuálna kôra subjektov s HPO by mohla byť modulovaná prostredníctvom vedenia z amygdaly k zvýšenej pozornosti na emocionálne významné stimuly z okolia. Existujú hypotézy zaoberajúce sa zníženým prahom pre podráždenie v limbickom systéme – hypersenzitivita amygdaly na neurálne a podprahovo negatívne podnety (Praško, 2008).

Frontálny lalok je všeobecne považovaný za sídlo supervíznych či exekutívnych funkcií mozgu a neobmedzuje sa to len na kognitívne procesy, ale rovnako sa to týka aj afektívnej reaktivity, sociálneho a osobnostného vývoja, sebauvedomovania a vedomia. Podskupina HPO pacientov trpí exekutívnou dysfunkciou. Je známa spojitosť poškodenia prefrontálneho kortexu s osobnostnými zmenami. Sú správy o súvislosti medzi zníženou prefrontálnou metabolickou aktivitou v orbitálnom a mediálnom prefrontálnom kortexe a impulzívnu agresivitou u pacientov s HPO a disociálnou poruchou osobnosti. PET štúdiá impulzívnej agresivity zistila v porovnaní s nepsychiatrickými kontrolami, že pacienti s poruchami osobnosti (disociálnou, hraničnou a narcistickou) vykazovali znížený antero-mediálny a ľavý antero-orbitofrontálny metabolizmus (Bateman a Fonagy, 2004).

V súvislosti s traumou a HPO sú zaujímavé nálezy MRI, ktoré naznačujú, že týrané deti a adolescenti majú menšie intrakraniálne objemy, mozgové objemy a väčšie bočné komory ako kontroly. Menší objem hipokampu bol zistený u dospelých trpiacich PTSD a u dospelých žien, ktoré zažili v detstve sexuálne zneužitie. Dáva sa to do súvislosti s excesívnym stresom, ktorý spôsobuje zvýšenie hladín glukokortikoidov. Ich neurotoxický efekt môže spôsobovať hipokampálnu degeneráciu (Praško, 2008).

### Psychosociálne faktory spájané s HPO

- vysoká prevalencia afektívnej poruchy u prvostupňových príbuzných;

- prolongovaná separácia v ranom detstve;
- sexuálne zneužívanie, fyzické týranie alebo zanedbávanie v detstve;
- dezorganizácia aspektov afiliatívneho behaviorálneho systému, predovšetkým systému vzťahovej väzby u takmer všetkým jedincov s diagnózou tejto poruchy;
- mentalizácia.

### Rodinná anamnéza

V rodinách pacientov s HPO častejšie ako v bežnej populácii nachádzame poruchy nálady, disociaľnu poruchu osobnosti a závislosti od návykových látok (Praško, 2008). Pozitívna anamnéza psychopatológie je vyššia ako v bežnej populácii a to u jedného alebo oboch biologických rodičov. Súhlasí to s genetickým modelom, ale zároveň to ukazuje aj na vplyv nestabilného domáceho prostredia.

### Separácia od rodiča alebo strata rodiča

Jedna z prvých štúdií (Walsch, 1977, citované podľa Bateman a Fonagy, 2004) identifikovala vysoké zastúpenie straty rodiča (po rozvoze, v dôsledku ochorenia alebo úmrtia) v anamnéze osôb s HPO. Takmer 80 % pochádzalo z rodín s prinajmenšom jedným z týchto troch druhov rozvratu. Pričom rozpad primárnej rodiny u osôb s HPO bol pozorovaný v najviac prípadoch, predstihujúc osoby s psychózou, depresiou či inou poruchou osobnosti. Novšie retrospektívne štúdie (Zanarini, 1989) zistili, že prolongovaná separácia v detstve (od jedného do troch mesiacov alebo viac) je pre skupinu HPO charakteristická.

### Trauma a zlé zaobchádzanie v detstve

Trauma sa často spomína v anamnéze ľudí s HPO, i keď je dôležité si všimnúť, že spojenie s traumou nachádzame aj u mnohých iných porúch z osi I a osi II. Traumou v detstve (childhood trauma) sa rozumie fyzické týranie, sexuálne zneužitie a zanedbávanie starostlivosti. Značné percento pacientov s HPO udáva práve sexuálne zneužívanie v detstve, častejšie ako iné poruchy osobnosti. Páchatelom zneužívania býva najčastejšie (40–50 %) nepríbuzná osoba, v štvrtine prípadov otec, v štvrtine prípadov súrodenec a v 5 % matka.

U pacientov s HPO je tiež pravdepodobnejšie, že udajú fyzické alebo emocionálne zanedbávanie. U tých, ktorí mali v anamnéze zneužitie v detstve, sú pravdepodobnejšie aj iné druhy týrania a všetky spôsoby zanedbávania. Bežným vzorcom spojeným s HPO je zlyhanie oboch rodičov, kombinácia zanedbávania ženským opatrovateľom a zneužívania mužským opatrovateľom bola najzreteľnejšou charakteristikou pre ženskú HPO diagnostickú skupinu. Pacienti tiež často uvádzajú znevažovanie ich pocitov a myšlienok oboma rodičmi (Praško, 2008).

Existujú však oprávnené obavy, že prítomnosť poruchy osobnosti zasahuje do interpretácie a kvality vybavovania si

detských zážitkov. V retrospektívnom uvažovaní o detstve pravdepodobne vyťahujeme reprezentácie minulosti, ktoré sú neobnoviteľne skreslené fantáziou a obranami. Navyše očakávanie toho, čo bude zo spomienok vyvolané, má vplyv na pamäť. Sú preto potrebné prospektívne štúdie, aby potvrdili, že jedinci, ktorí zakúsili týranie v detstve majú zvýšené riziko pre rozvoj poruchy osobnosti. Toto sa stalo pomerne kľúčovou otázkou problematiky, keďže určitá skupina klinických pracovníkov odmieta uznať hodnovernosť údajov o obťažovaní a týraní bez ohľadu na ich emočný obsah (Bateman a Fonagy, 2004).

Pred 20. rokmi sa objavil návrh, že HPO by mohla byť považovaná za poruchu trauma-spektra. V metaanalýze štúdií skúmajúcich vzťah medzi HPO a sexuálnym zneužitím v detstve sa však zistil iba mierny vzťah. Sexuálne zneužitie v detstve teda nemožno považovať za hlavný psychologický rizikový faktor alebo kauzálny antecedent HPO. Sexuálne zneužitie nie je v žiadnom prípade nevyhnutnou alebo dostačujúcou podmienkou pre vznik HPO, keďže nie všetci pacienti s HPO udávajú sexuálne zneužitie a nie všetky prípady zneužitia vyúsťia do HPO.

Michael Stone (1980) priniesol model stresovej diatézou pri HPO. Navrhoval, že konštitučná vulnerabilita a stres prostredia sa navzájom ovplyvňujú, takže čím zraniteľnejší je jedinec, tým menej stresu je treba, aby sa rozvinula HPO.

Tento jav ilustrujeme prípadom z vlastnej praxe. 20-ročného pacienta priviedla do ambulancie matka potom, čo sa v ebriete vyhrážal a pokúšal o samovraždu skokom z balkóna. Matka ho zachytila v poslednej chvíli, nadľudským úsilím sa jej ho podarilo zachrániť, takže si „len“ zlomil ruku. Nebol to jeho prvý pokus o samovraždu, opakovane sa v ebriete vystavoval rôznym rizikám. Pri vyšetrení vyplynulo, že vo veku okolo 10–12 rokov boli pacient a jeho o rok starší brat sexuálne zneužívaní nevlastným otcom (išlo o dotýkanie sa intímnych partií). Keď sa chlapci priznali matke, páchatel bol obvinený, vec sa prejednávala pred súdom, bol odsúdený. Na súde vypovedal iba starší z bratov, mladší odmietol o zneužití hovoriť s kýmkoľvek vrátane matky. Starší z bratov je v súčasnosti ženatý, pracuje, vedie bežný život, nemá psychické ťažkosti. Mladší traumou nespracoval. Ťažko znáša, že páchatela občas stretáva v meste. Vždy sa potom opije a nasledujú suicídálne pokusy. Má problémy na učilišti, nemal stálejší vzťah. Odmietol abstinovať od alkoholu, odmietol pracovať na zmene svojho správania. Dalo by sa teda usudzovať, že nie samotný zážitok sexuálneho zneužitia, ale schopnosť spracovať takúto strašnú udalosť je tým, čo rozhoduje. To je dané individuálnou výbavou či vulnerabilitou jedinca, ako bude uvedené neskôr, možno práve v dôsledku narušenia raného vývoja pri nie optimálnych podmienkach utvárania vzťahovej väzby.

### Vzťahová väzba (attachment) a HPO

Teória Johna Bowlbyho o vývoji systému vzťahovej väzby poskytla nový pohľad aj na etiológiu HPO. Množstvo autorov dokonca považuje problémy vzťahovej väzby za jadrovú fenomenologickú charakteristiku u tejto skupiny pacientov.

Dieťa dáva prednosť blízkosti s určitou osobou – „väzbovou figúrou“ (obvykle matkou), vyžaduje túto blízkosť a udržuje ju. V priebehu zdravého vývinu dochádza k vybudovaniu emočnej vzťahovej väzby k rodičovi. Cieľom správania pri vzťahovej väzbe je udržať určitý stupeň blízkosti k väzbovej figúre alebo komunikácia s ňou. Tieto formy správania a väzby, ktoré pri nich vznikajú, zostávajú prítomné a aktívne počas celého života. Skúsenosti s väzbovou figúrou sú reprezentované „vnútornými pracovnými modelmi“, ktoré sa uplatňujú aj pri vzťahovaní sa k ľuďom v ďalšom priebehu života (Hašto, 2005).

Pri optimálnom priebehu vývoja, kedy je dostatočne naplnená potreba blízkeho vzťahu sa utvára **bezpečná (secure) vzťahová väzba**. V normálnej populácii má tento vzorec asi 60 % jedincov. Mary Ainsworthová (1985) klasifikovala popri bezpečnej ďalšie dva typy neistej vzťahovej väzby: **neisto-vyhýbavú (avoidant)** a **neisto-ambivalentnú (ambivalent)**. Mary Main (1997) pridala kategóriu **dezorganizovanú/dezorientovanú (desorganized)** sa javiacich detí.

V zmiešanej klinickej populácii má až 88 % pacientov neisté pripútanie, čo naznačuje, že psychické poruchy sú takmer vždy spojené so vzorcom neistej vzťahovej väzby.

V dospelosti sa typ vzťahovej väzby hodnotí na základe verbálnych výpovedí pacientov, v štrukturovanom rozhovore „Adult Attachment Interview“ vypracovaného M. Main v r.1985. Výpoveď sa zaznamenáva na videonahrávku a následne sa hodnotí ako verbálny a nonverbálny prejav. V detstve klasifikovaný typ „bezpečný/istý“ sa v dospelosti označuje „**autonómny/slobodný**“, „**neistý-vyhýbavý**“ typ ako „**znehodnocujúci/dištancovaný (dismissive)**“, „**neistý-ambivalentný**“ typ ako „**zapletený/zaujatý (preoccupied)**“, tiež sa v tomto prípade hovorí o „**úzkostnom (anxious)**“ type. Ak sa zistia u jedinca známky nespracovanej psychotraumatizácie, hovorí sa o „**nespracovanom type (status U – „unresolved“)**“, ktorý zodpovedá „**dezorganizovanému**“ typu v detstve. Pritom sa môže jednať o zážitky traumy alebo straty; pozorované sú jemné známky kognitívnej dezorganizácie, keď pacienti opisujú zážitky týrania alebo straty dôležitých osôb pripútania.

Existuje silné spojenie medzi hraničnou poruchou a „**neistým pripútaním**“. Pacienti majú buď nevyriešenú traumou a sú kategorizovaní ako „**unresolved**“ alebo „**preoccupied**“. Používa sa aj termín úzkostné pripútanie, v detstve to zodpovedá ambivalentnému typu. Sú návrhy považovať tieto typy neistých vzťahových väzieb za fenotypické znaky vulnerability pre HPO (Hašto, 2005).

Lenže neisté pripútanie samo o sebe neposkytuje primerané klinické vysvetlenie tejto poruchy. (1) Úzkostné pripútanie je veľmi časté. (2) Úzkostné vzorce pripútania v detstve korešpondujú s relatívne stabilnými stratégiami v dospelosti, zatiaľ čo hlavným znakom narušeného pripútania u hraničných jedincov je absencia stability.

## Mentalizácia

Mentalizácia je nové slovo pre starý koncept. Je to uvedomenie si svojich vlastných duševných stavov a tiež duševných

stavov druhých ľudí a chápanie týchto vnútorných stavov ako príčin správania. Duševnými stavmi rozumieme túžby, potreby, pocity, presvedčenia, postoje, úmysly... Zjednodušene mentalizovať znamená byť v kontakte s tým, čo si myslíme a cítime a hádať, čo si myslia a cítia druhí ľudia, aké majú úmysly; interpretovať spávanie; dávať správaniu zmysel. Je rozdiel medzi mentalizovaním (mentalizing) a myslením (thinking). Mentalizovanie je myslenie o myslení a cítení, našom vlastnom aj druhých ľudí. Je to zručnosť. Je to vonkajší pohľad na situáciu. Mentalizácia je centrálnou súčasťou ľudskej komunikácie a vzťahov, možno ju nazvať „ľudovou psychológiou“.

Ako blízke pojmy je možné chápať pojmy mentalizácia a „theory of mind“ (teória mysle, či lepšie teória duševných stavov). Mentalizácia je súčasťou sociálnej inteligencie, vedomie, že aj druhí ľudia niečomu veria, po niečom túžia, niečo sa im nepáči, uvedomenie si, že tieto ich duševné stavy sa odlišujú od našich vlastných vnútorných stavov a že správanie druhých ľudí možno ich vnútornými duševnými stavmi vysvetliť.

Schopnosť „interpretácie“ je jedinečne ľudská. Napríklad šimpanzy v porovnaní s ľuďmi mentalizujú len čiastočne. Vnímajú a poznajú príslušníkov svojho druhu, chápu ciele druhých šimpanzov aj ľudí, ak s nimi žijú, ale úplne vyvinutú ľudskú mentalizáciu, ktorá rozpoznáva presvedčenia a túžby druhých, nemajú (Koukolík, 2010).

## Neurologická základňa mentalizácie

Koncept mentalizácie premostuje psychologické a biologické procesy. Je funkciou prefrontálneho kortexu. Schore (2001) priniesol tézu, že bezpečná vzťahová väzba je nevyhnutná pre optimálny vývoj cerebrálnych štruktúr podporujúcich mentalizáciu. Pravá hemisféra sa špecializuje na emócie a sociálne kognície a je dominantná v prvých troch rokoch života. Ako Schore vyjadril, že vzťahová väzba priamo formuje maturáciu stres zvládajúceho (stress-coping) systému pravej časti mozgu. Tento systém sprostredkováva schopnosť regulovať emócie v interpersonálnych vzťahoch. On pripisuje orbito-frontálnemu kortexu implicitné regulačné mechanizmy spojené s vnútornými pracovnými modelmi vzťahových väzieb. Ďalej si všimol, že amygdala a orbito-frontálny kortex, ktoré jednotne prispievajú k emočným zážitkom, si zachovávajú v priebehu života vysokú plasticitu. A preto vzťahové väzby môžu mať úlohu vo vývoji cerebrálnej regulácie emócií v priebehu celého života.

Bolo identifikovaných niekoľko mozgových areí zaangažovaných v procesoch sociálneho poznávania a mentalizácie. Integrácia vizuálnych informácií prebieha v temporálnom laloku (sulcus temporalis superior), aby poskytla identifikáciu jedinca a jeho prejavov (Frith a Frith, 1999, 2000). Táto identifikačná informácia je bleskurýchlo spracovaná z hľadiska emočnej významnosti v amygdale (Emery a Perrett, 2000; Stone, 2000). Mentalizovanie zapojené do medzilidských interakcií si ale vyžaduje exekutívnu kontrolu, ktorá zahŕňa flexibilné a kontinuálne aktualizovanie interpretácií emočných prejavov, v spojení s regulovaním vlastných emoč-



ných stavov a prejavov jedinca. Orbito-frontálny kortex má prominentnú úlohu v tejto flexibilnej reaktivite a sebaregulácii a existuje dôkaz pre pravo-hemisferálnu lateralizáciu v tomto ohľade.

Mentalizovanie závisí veľmi silne na optimálnom fungovaní prefrontálneho kortexu. Mediálny a orbitálny prefrontálny kortex boli spájané s reguláciou interpersonálnych vzťahov, sociálnej kooperatívnosti, morálneho správania a sociálnej agresivity. Optimálne fungovanie prefrontálneho kortexu závisí na optimálnom stupni arousalu. Malé a stredné hladiny arousalu sú spojené s optimálnym prefrontálnym fungovaním a tým so zapojením flexibilných mentálnych reprezentácií a stratégií reagovania, vedúcich ku komplexnému riešeniu problémov. Na druhej strane, extrémne hladiny arousalu spúšťajú neurochemický switch (je to ako keby nastalo šibnutie neurochemického prútku). Toto posúva jedinca k posteriórnej kortikálno-subkortikálnej dominancii, takže prevláda vigilancia, reakcia „boj alebo útek“, „zamrznutie“ a prevažuje kódovanie pamäti sprostredkované amygdalou. Vysoké hladiny excitačnej stimulácie (cez alfa-1 adrenergické a D1 dopamínogické receptory) „vypínajú“ prefrontálny kortex. Tento „switch“ v kontrole pozornosti a správania je adaptívny v kontexte nebezpečenstva, ktorý si vyžaduje rýchle automatické reagovanie. Dôsledkom sú panické reakcie a impulzívne správanie a nie mentalizácia.

Ľudia s neistou alebo dezorganizovanou vzťahovou väzbou sú senzitivizovaní voči intímnym medziľudským konfliktom, prežívajú vyšší arousal a relatívna hladina arousalu vo frontálnej alebo posteriórnej časti kortexu ľahko spôsobuje presun k posteriórnemu reagovaniu.

Hipokampus je zapojený v autobiografickej pamäti, ktorá môže poskytovať materiál pre mentalizáciu. Existuje dôkaz pre slabú funkciu alebo dokonca atrofiu v týchto mozgových oblastiach u jedincov s ťažkým týraním v minulosti, ku ktorým často patria jedinci s HPO. Alternatívnym zdrojom materiálu pre mentalizáciu sú implicitné spomienky, čo sú procedúry bez obsahu. Tieto procedúry normálne nie sú prístupné reflexii, ale jednako sú vedome ovplyvňované a udržiavajú implicitnú mentalizáciu a sú podporované neuroanatomickými štruktúrami v amygdale a talame. Tieto štruktúry sú utvorené v prvých rokoch života a je menej pravdepodobné, že by boli neskôr modifikované.

Spojenie medzi vzťahovou väzbou a neurobiológiou je teda takéto: Mentalizujúca aktivita je podmienená optimálnym stupňom arousalu, ktorý udržiava prefrontálne fungovanie. Zlyhanie vzťahovej väzby môže podkopať vývoj kortikálnych štruktúr potrebných na to, aby regulovali afektívny arousal a to sú tie isté štruktúry, ktoré sú esenciálne pre aktivitu mentalizácie. Takto máme potenciálne do seba zapadajúce bludné vývojové kruhy, v ktorých narušenia vzťahovej väzby, afektívny hyperarousal a zlyhanie mentalizácie sa spolu prepletajú s katastrofickými dôsledkami.

## Mentalizácia a HPO

**Schopnosť mentalizácie je u hraničných pacientov typicky nižšia** (Bateman a Zanarini, 2008, cit. podľa Praško, 2008),

najmä v medziľudských interakciách. Jedinci s HPO nepresne identifikujú, čo sa deje v ich mysli a ešte menej pravdepodobné je, že správne identifikujú, čo sa deje v myšliach iných ľudí, najmä ak sú v strese. Napríklad pri silnom negatívnom pociťovaní (zhnusenia) buď vypnú alebo v lepšom prípade stlmia svoju schopnosť mentalizovať, myslenie sa pre nich stáva skutočnou námahou. Sebapoškodzujú sa aj preto, aby im to zabránilo myslieť, lebo je to príliš bolestné. Vlastný akt sebapoškodenia je špecifickým stavom sústredenia sa. Ľudia s HPO majú tendenciu ľahšie veriť veciam, ktoré možno vidieť a ťažšie je pre nich si predstaviť, čo mohlo viesť k určitej situácii.

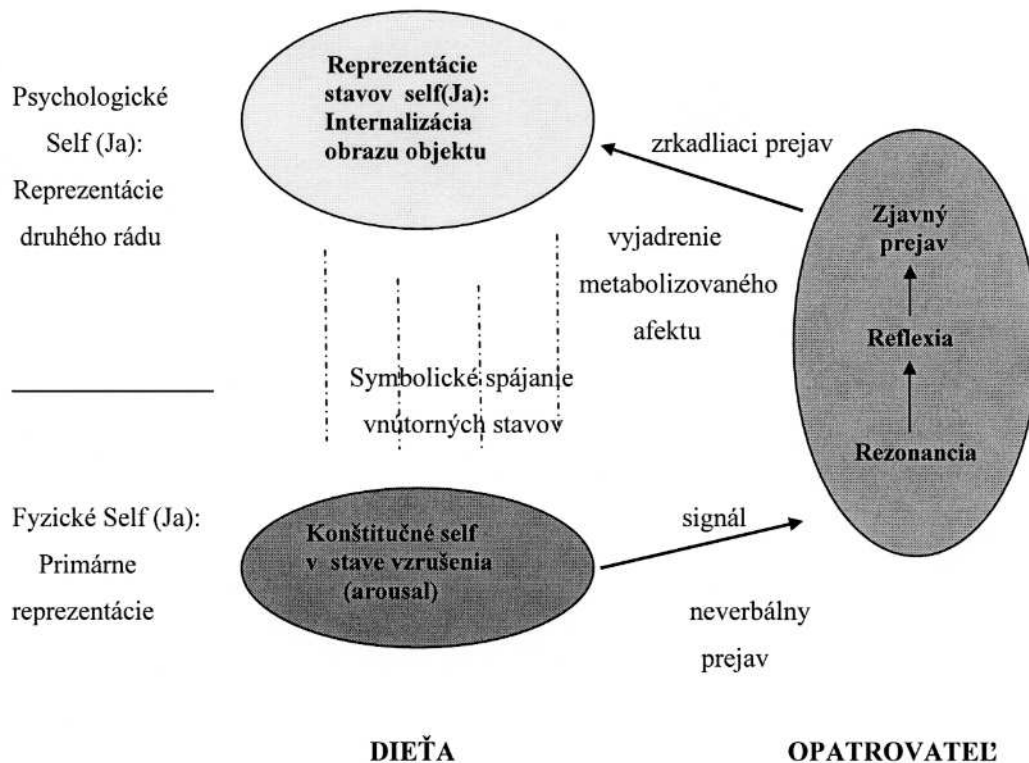
**Anthony Bateman a Peter Fonagy**, psychoanalytici pôsobiaci v Londýne, vypracovali vývojový model HPO (Bateman a Fonagy, 2004), v ktorom vychádzajú sice zo záležitosti dynamickej psychoterapie, ale zamerali sa na vzťahovú väzbu a zohľadňujú poznatky o neurokognitívnych mechanizmoch. Vyzdvihujú úlohu pripútania vo vývoji symbolických funkcií. Hľadali cestu, ktorou neisté pripútanie môže vyvolať zraniteľnosť pri stretnutí s neskoršími nepriaznivými životnými okolnosťami. HPO súvisí s absenciou či narušením schopnosti emočnej regulácie, kontroly pozornosti a mentalizácie, pričom všetky tieto schopnosti normálne získavame v kontexte vzťahovej väzby. Práve tesná blízkosť k inej ľudskej bytosti v detstve je považovaná za nevyhnutnú podmienku pre vývoj týchto schopností. Z toho vyplýva, že narušenie raných citových pút nielen zakladá maladaptívne vzorce pripútania, ale tiež podkopáva mnoho schopností vitálne dôležitých pre normálny sociálny vývoj.

Aby bol totiž jedinec schopný interpretovať správanie na báze vnútorných stavov, potrebuje symbolický reprezentatívny systém pre duševné stavy.

## Rodičovské zrkadlenie a vývoj konceptov duševných stavov

Ukazuje sa, že bábätká sú od veľmi útleho veku vnímané voči výrazom tváre, zvykli si na hlas ich matky in utero a rozpoznávajú ho po narodení a vedia od narodenia imitovať mimiku. Interakcie malých bábätičiek s ich opatrovateľmi majú „pra-konverzačnú“ striedavú štruktúru. Matka a dieťa sú od začiatku života zaangažovaní do afektívnej komunikácie, v ktorej matka hrá životne dôležitú rolu pri modulovaní emočných stavov dieťaťa tak, aby sa stali lepšie ovládateľnými (napr. Bowlby 1969; Stern 1985; Hobson 1993).

Matky sú vo všeobecnosti veľmi dobré v rozlišovaní toho, čo ich bábätká pociťujú a senzitivne matky dokážu zladíť svoje reakcie tak, aby modulovali emočné stavy svojho dieťaťa. Počas týchto interakcií **matka napodobňuje prejavy emócií svojho dieťaťa** so zjavným zámerom modulovať alebo regulovať pocity dieťaťa. Opatrovateľovo zrkadlenie subjektívnych prežitkov dieťaťa bolo uznávané ako kľúčová fáza vo vývoji detského self širokým spektrom psychoanalytických vývojových teoretikov (napr. Winnicott, 1967; Kohut, 1971; Kernberg, 1984). Ale prečo by malo napodobňovanie vonkajšej manifestácie predpokladaného vnútorného zážitku



Obrázok 1. Intersubjektívny priestor a symbolizácia emócie (podľa Fonagy et al., 2002).

dieťaťa viesť k zmiernovaniu afektívnych prejavov a ako to vedie k vytváraniu pocitu self?

Gergely a Watson (1999) v „teórii sociálneho biofeedbacku rodičovského zrkadlenia afektov“ predpokladajú, že bábätká nevedia sami rozlišovať medzi rozdielnymi emočnými stavmi. Bábätká sa učia diferencovať medzi vnútornými vzorcami fyziologickej a viscerálnej stimulácie, ktorá sprevádza rôzne emócie, prostredníctvom pozorovania faciálnych alebo vokálnych zrkadliacich reakcií ich opatrovateľov na ne. Sociálny biofeedback vo forme rodičovského afektívneho zrkadlenia umožňuje dieťaťu vyvinúť symbolický reprezentatívny systém druhého rádu pre jeho duševné stavy. Internalizácia matkiných zrkadliacich reakcií na distress dieťaťa (opatrujúce správanie) začína reprezentovať vnútorný stav. Dieťa internalizuje matkine empatické prejavy tým, že vyvíja sekundárnu reprezentáciu svojho emocionálneho stavu s matkinou empatickou tvárou ako „označovačom“ a jeho vlastným emočným vzrušením (arousal) ako „označovaným“. Matkin prejav zmiernuje emóciu do tej miery, že je oddelená a odlišná od primárneho zážitku, hoci, a to je rozhodujúce, nie je rozpoznávaná ako matkin zážitok. Toto spája vzťahovú väzbu a sebareguláciu (obr. 1).

Aby zrkadlenie matky efektívne modulovalo emócie jej dieťaťa musí presne odzrkadľovať emóciu, ktorú dieťa pociťuje (t.j. zrkadlenie je *kongruentné* s emočným prejavom

dieťaťa). Ale okrem toho matka nejakým spôsobom signalizuje, že to čo dieťa vidí, je odrazom *jeho vlastných* pocitov: inak je možné, že dieťa by nesprávne pripísalo pocit svojej matke. To by bolo obzvlášť problematické v prípadoch, keď matka odzrkadľuje *negatívne* emočné stavy dieťaťa, povedzme jeho strach alebo hnev. Ak si dieťa myslí, že opatrovateľka  *má* pocity, ktoré prejavuje, jeho vlastné negatívne emočné stavy pravdepodobne budú eskalovať (namiesto toho, aby boli regulované smerom nadol), keďže pohľad na vystrašeného alebo nahnevaného rodiča je jasným dôvodom pre poplach.

Toto je vyriešené špecifickou črtou rodičovských zrkadliacich prejavov, ktorú možno nazvať „výraznosť“ („*markedness*“). Matka produkuje *zveličenú verziu* realistického vyjadrenia emócie („ako keby“). Výrazný prejav, je dosť blízky rodičovskému zvyčajnému vyjadreniu danej emócie tak, aby dieťa rozpoznalo jej zmysel. Ale výraznosť prejavu bráni pripísaniu vnímanej emócie rodičovi: pretože je podmienený správaním dieťaťa, ono preto predpokladá, že sa týka jeho.

Podmienené a kongruentné reagovanie vzťahovej figúry v detstve je tak oveľa viac než len ubezpečovaním o protektívnej prítomnosti. Je to hlavný prostriedok, ktorým sa učíme rozumieť našim vlastným vnútorným stavom, čo je krok smerujúci k nadobudnutiu chápania druhých ľudí ako psychologických entít. Koncept korešpondujúci s pocitom

hnevu môže byť použitý na napodobňovanie a tým na usudzovanie o korešpondujúcich duševných stavoch u druhých ľudí. Robustné utvorenie týchto schopností zaistí, že jediniec môže zmierniť svoj hnev prostredníctvom sebaregulácie. V opačnom prípade hnev už raz vzplanutý, môže byť prežívaný ako pohlcujúci a jediniec bude ťažko tvoriť efektívne stratégie, aby sa upriamil na príčinu emócie.

Utvorenie reprezentácií emócií druhého rádu vytvára základňu pre reguláciu afektov a kontrolu impulzov a poskytuje esenciálny stavebný kameň pre neskorší vývoj schopnosti mentalizácie u dieťaťa. Pre normálny vývoj dieťa potrebuje zažiť myseľ, ktorá je schopná reflektovať jeho pocity a úmysly presne, ale spôsobom, ktorý ho nezaplaví (napríklad, keď potvrdzuje negatívne afektívne stavy). Toto je zážitok, ktorý psychologicky zanedbávané dieťa možno nikdy nemalo, dokonca aj ak nie sú žiadne pochybnosti o zabezpečovaní adekvátnej materiálnej starostlivosti. Ak opatrovatel' zrkadlí emócie bábätka nepresne alebo zanedbáva vykonávanie tejto funkcie úplne, pocity bábätka zostanú neoznačené, mätúce a prežívané ako nesymbolizované a preto ťažko regulovateľné. Nevytvorí si reprezentácie afektov a môže neskôr zápasíť s ťažkosťami pri rozlišovaní medzi realitou a fantáziou a medzi fyzickou a psychickou realitou. To ho zanecháva zraniteľným.

Voľné spojenie traumy a hraničných stavov vzniká, pretože raná trauma (alebo vhodnejšie zanedbávanie) znižuje schopnosť mentalizovať neskorší traumatický zážitok. Fakt, že rané zanedbávanie alebo dokonca zneužívanie vytvára významnú vulnerabilitu voči účinku neskoršieho týrania/zlého zaobchádzania, je dostatočne podporený epidemiologickými dátami. Napríklad, vyššia incidencia posttraumatickej stresovej poruchy (PTSD) u veteránov z Vietnamu sa ukázala byť spojená s anamnézou fyzického týrania v detstve. Ukázalo sa tiež, že raná trauma predisponuje dospelých, aby po traumatickej udalosti v dospelosti následne mali PTSD. Teda, slabá mentalizácia by mohla amplifikovať dopad neskoršej traumy, ale trauma má tiež dopady na kapacitu mentalizovať, čím vytvára vážne sebakapilňovanie a veľmi deštruktívny proces.

Kľúčom k porozumeniu ťažkých porúch osobnosti by mohla byť inhibícia mentalizácie, typicky v odpovedi na traumy. Pacienti s HPO sa budú defenzívne vyhýbať premýšľaniu o duševných stavoch svojich a druhých ľudí, keďže tieto zážitky ich viedli k prežívaniu neznesiteľnej bolesti v priebehu týrania. Existuje niečo ako „interpersonálny deficit vnímania“ u pacientov s HPO, majú slabý úsudok o osobnosti a interpersonálnych situáciách, majú ťažkosti s rozpoznávaním afektov a manifestujú symptómy blízke alexithymii.

## Psychoterapia

Mentalizácia má silu ochrániť jedincov, ktorí boli vystavení rovnakému druhu psychosociálneho nepriaznivého zážitku ale zdá sa, že trpia menšími alebo žiadnymi nepríjemnými následkami. Dáva to zmysel a preto by mentalizácia mala byť ohniskom pre terapeutické intervencie. Úlohou pre terapeutov je podporovať rozvoj schopnosti mentalizácie u hranič-

ných pacientov a udržiavať pre-frontálny kortex „v chode“ v období stresu.

Psychoterapia bola v amerických odporučených postupoch (Praško, 2008) uvedená u tejto poruchy ako hlavná terapeutická modalita. A. Bateman a P. Fonagy vytvorili praktický terapeutický program liečby HPO: Psychoterapiu založenú na mentalizácii (Mentalisation based treatment – MBT). Ambíciou autorov bolo vytvoriť liečebný model s pevnou štruktúrou, ktorý by poskytoval odporúčenia pre riešenie mnohých náročných situácií, ktoré pri liečbe HPO vznikajú. Zároveň je to model dostatočne flexibilný na to, aby bol použiteľný aj pre terapeutov iného zamerania, ktorí si prvky MBT môžu prispôsobiť svojim zručnostiam. Autori uskutočnili štúdiu účinnosti liečby (Bateman a Fonagy, 2003), v ktorej porovnávali MBT a štandardnú psychiatrickú liečbu. Liečba prebiehala v podmienkach parciálnej hospitalizácie počas 18 mesiacov, pacientom bola poskytovaná individuálna aj skupinová psychoterapia. Pacienti, ktorí absolvovali MBT dosiahli štatisticky významne lepšie výsledky vo všetkých sledovaných parametroch (frekvencia suicidálnych pokusov, počet a dĺžka hospitalizácií, hodnotenie depresie, úzkosti, interpersonálneho a sociálneho fungovania). Naviac si pacienti dosiahnuté zlepšenie udržali aj počas nasledujúceho 1,5-ročného sledovaného obdobia, počas ktorého už boli bez liečby. Týmto sa MBT zaradila medzi manualizované terapie s potvrdenou účinnosťou u hraničnej poruchy osobnosti.

## Záver

Hraničná porucha osobnosti je považovaná za najčastejšiu poruchu osobnosti, s ktorou sa psychiatri v praxi stretávajú. Ide o závažnú komplexnú poruchu, značne narušujúcu fungovanie pacientov vo všetkých oblastiach života. Liečba pacientov s hraničnou poruchou osobnosti nemá medzi psychiatrami a psychoterapeutmi „dobrú povesť“. Je považovaná za príliš náročnú a zaťažujúcu, s chabou nádejou na dobrý výsledok.

Zapojením moderných vyšetrovacích metód sa podarilo odhaliť viaceré zaujímavé informácie o fungovaní mozgu u týchto pacientov. Zistenia ukazujú, že odchýlky vo fungovaní sa týkajú najmä štruktúr, ktoré sú nevyhnuté pre schopnosť mentalizácie. Vývoj týchto štruktúr počas raného vývoja jedinca je úzko spätý s podmienkami ranej vzťahovej väzby. Nedostatočná schopnosť mentalizovať hendikepuje hraničných jedincov v neskoršom období pri zvládaní bežných záťaží života a o to viac, ak sú vystavení traumatickému zážitku, akým je napríklad fyzické týranie či sexuálne zneužitie. Kombinácia nízkej schopnosti mentalizovať a zážitok traumy spolu významne zvyšujú riziko pre rozvoj HPO.

Manualizovaná terapia založená na mentalizácii priniesla podľa prvých zistení pacientom zlepšenie stavu, ktoré sa udržalo aj v následnom dlhodobjšom sledovaní.

## Literatúra

**Bateman A., Fonagy P.:** Mentalisation-based treatment: A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 2006.

**Bateman A., Fonagy P.:** Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalisation-based treatment. Oxford: Oxford University Press, 2004.

**Bohus M.:** Borderline porucha osobnosti. Pokroky v psychotherapii. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005.

**Boleloucký Z., Plevová J., Smulevič A.B.:** Hraniční stavy v psychiatrii. Praha: Grada Avicenum, 1993.

**Diagnostic and Statistic Manual od Mental Diseases.** The Third Edition. The American Psychiatric Association, 1980.

**Emanuel R.:** Úzkost. In: Borossa J., Emanuel R., Mollon P., Music G., Segal J.: Témata psychoanalýzy I. Praha: Portál, 2002.

**Hall C.S., Lindzey G., Loehlin J.C., Manosevitz M.:** Psychológia osobnosti. Bratislava: Media Trade, 1997.

**Hašto J.:** Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005.

**Hort V., Hrdlička M., Kocourková J., Malá E.:** Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000.

**Hoschl C., Libiger J., Švestka J.:** Psychiatrie. Praha: Tigris, 2002.

**Hunt M.:** Dějiny psychologie. Praha: Portál, 2000.

**Koukolík F.:** Lidství. Praha: Galén, 2010.

**Koukolík F.:** Sociální mozek. Praha: Karolinum, 2006.

**Linehan M.:** The skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993.

**Praško J. a kol.:** Poruchy osobnosti. Praha: Portál, 2003.

**Praško J.:** Poruchy osobnosti. In: Herman E., Praško J., Seifertová D.(eds): Konziliární psychiatrie. Praha: Medical Tribune, Galén, 2007, s.185-196.

**Praško J.:** Hraniční porucha osobnosti. In: Seifertová D., Praško J., Horáček J., Hoschl C. (eds): Postupy v léčbě psychických poruch. Algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti. Praha: Medical Tribune, Academia medica Pragensis, 2008, s. 401-426.

**Robinson D.J.:** Poruchy osobnosti podľa DSM-IV vysvetlené. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2002.

**Smolík P.:** Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf, 1996.

*Do redakcie došlo 28.8.2010.*