Prehľadová práca

Mentalizácia III: Mentalizačný fokus a základné mentalizačné intervencie

Róbert Košťan[1], Marián Bernadič[2]

Súhrn

V rámci psychoterapie existuje viacero spôsobov ako pomáhať ľuďom s narušenými interpersonálnymi vzťahmi. Jeden z novších prístupov predstavuje terapia založená na mentalizovaní. Mentalizovanie má významnú úlohu pri tvorbe a udržaní pevných a zdravých medziľudských vzťahov. Rozvoj neurozobrazovacích metód, pokroky v chápaní na poli vzťahovej väzby a vývinovej psychológie umožnili autorom terapie založenej na mentalizovaní vytvoriť koherentnú a podľa výsledkov aj efektívnu techniku. Terapia je zameraná a overená u pacientov s hraničnou poruchou osobnosti. Mentalizovanie je niečo, čo využívame každý deň. Zúčastňujeme sa na mentálnych stavoch u seba aj iných. Jej rozvíjaním či upevňovaním (ak správne aplikujeme) nemôžeme u pacientov nič pokaziť, dokonca ani keď mentalizovanie extrapolujeme na každodenný kontakt s ľuďmi, s ktorými prichádzame do kontaktu. Pretože mentalizovanie je vo veľkej miere práve to, čo nás robí ľuďmi. Práca je treťou a poslednou časťou špecializačnej práce, ktorej prvé dve časti boli uverejnené v predchádzajúcich číslach tohto časopisu.

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

Namiesto úvodu

V predchádzajúcich dvoch číslach nášho časopisu Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika sme postupne uverejnili prvé dve časti špecializačnej práce na tému mentalizácia (Korčok a Bernadič, 2018a,b). Preto teraz nadväzujeme a priamo pokračujeme poslednou časťou, ktorá dotvorí komplexný pohľad čitateľa na túto mimoriadne dôležitú problematiku.

1. Praktické tipy

1.1 Pozor na určité slová a frázy

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

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

Zvláštnu pozornosť by sme mali venovať slovám, ako je „len“, „už“ (Allen a spol., 2008, Munich, 2006). Napríklad pacient povie, že terapeutovi na ňom nezáleží a okomentuje to slovami: *„Len sa to tak objavilo.“* Ale slová ako „len“ sú v našom jazyku všadeprítomné.

Depresívnemu sa zvykne hovoriť: „Len choď von a zašportuj si - alebo jednoducho len prestaň myslieť tak negatívne.“ Traumatizovanému: *„Jednoducho tú minulosť hoď za hlavu!“* Závislému: *„Jednoducho si povedz, už žiadne drogy.“*

V tomto kontexte sa ale objavuje slovíčko „Ako“.

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

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

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

1.2 Buď viac aktívny a menej pasívny

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

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

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

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

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

1.3 Robte protichodné kroky

Neznamená to robiť protichodné kroky vo vzťahu s pacientom. Znamená to skôr pacienta preorientovať smerom von, ak je príliš na seba zameraný a naopak smerom dnu, ak je zameraný príliš na iných. Ak ale sebazameranie začne naberať ruminačnú kvalitu a stáva sa rigídne v negatívnom, sebazahanbujúcom, sebaodsuzujúcom moduse, vhodné je pacienta skúsiť presmerovať z jeho mysle na myseľ niekoho iného. *„Ako si myslíte, že to na ňu vplývalo?“ „O čo jej asi išlo, keď mu to urobila?“* Ak sme sa rozhodli takéto presmerovanie urobiť, nemali by sme sa ho príliš ľahko vzdať a trvať na tom. Mnoho pacientov síce odpovie neviem, a rýchlo sa vracia k rumináciám zameraným na vlastný stav mysle. *„Vydržte to so mnou chvíľočku - zaujímalo by ma, aké to pre Vás bolo, keď sa mu to stalo a on odpovedal takým spôsobom?“* A naopak, pacienti, ktorí sa zaoberajú príliš inými, potrebujú viac reflektovať ich vlastné stavy mysle. *„Ako ste sa pri tom cítili?“ „Ako rozumiete tomu, ako ste zareagovali?“*

Toto vyvážené presmerovávanie by nemalo byť iba smerom k pacientovi a von k iným, ale aj medzi pacientom a terapeutom v rámci sedenia. Terapeut by mal demonštrovať svoju vlastnú kapacitu reflektovať proces v danom momente, zaujať zase raz aktívny postoj. Terapeutova schopnosť reflexie procesu zachytáva pohľad autorov na použitie protiprenosu (Bateman a Fonagy, 2004, 2006).

1.4 Buďte obyčajný a požívajte bežný jazyk

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

Napríklad: *„Keby sa to stalo mne, asi by som sa cítil tiež znepokojený.“ „To by ma potešilo.“*

Pri podpore mentalizovania je vhodné „nevracať pacientovi veci“ okamžite. Terapeuti sú často príjemne prekvapení, že ak hovoria o vlastnom prežívaní daného problému bez toho, aby ho prisudzovali pacientovi, ten často „nabehne“ na terapeutove chápanie a ďalej ho vyvíja.

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

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

Napríklad, môžete odpovedať empaticky alebo sa ďalej pýtať. Alebo otvorene pomenovať svoj vnútorný stav mysle vo vzťahu k otázke.

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

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

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

P (pacient): „*Už ma máte dosť, však?“*

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

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

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

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

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

T: *Ako som povedal, som v zložitej situácii, pretože rozumiem, že to môže vyzerať hlúpo, ale zriedkavo ich požičiavam, lebo sa mi často nevracajú späť.*

P: *Ale ja taký nie som, však že?*

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

P: *Berme to len ako knihu.*

T: *O.K.“*

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

Keď sú emócie vysoko, odpovede „zdravého rozumu“ sú vo všeobecnosti bezpečnejšie ako intervencie a interpretácie. Psychoterapeutický výskum odhalil nízku koreláciu medzi množstvom intervencií a výsledkami liečby. Terapeuti osvedčené intervencie používajú v zúfalej snahe, že viac toho istého prinesie zmenu vtedy, keď uviaznu na mŕtvom bode (Orgodniczuk et al., 2000, Piper et al., 1993). V praxi táto stratégia pravdepodobne veci ešte zhorší.

1.5 Zmiernenie afektu s „mentalizačnou rukou“

Keď je Váš pacient uprostred afektívnej búrky, alebo čelíte inej ťažko kontrolovateľnej situácii v terapii, mali by ste predpokladať, že ste mimovoľnou príčinou problému, kým sa to neukáže inak. Ako náhle zaznamenáte vyvíjajúci sa problém v interakcii s pacientom (paranoidný stav, pacient odchádza preč, premôžu ho emócie), treba byť na seba odkazujúci (self-referent).

Napríklad: *„Povedal som teraz alebo zdôraznil niečo, čo by sa Vás mohlo dotknúť?“ „Čo som urobil, že Vás to tak znepokojilo. Môžete mi o tom niečo povedať, aby som pochopil, čo som urobil?“*

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

2. Princípy intervencií

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

2.1 Všeobecné charakteristiky intervencií

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

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

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

Príklad múdreho terapeuta:

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

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

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

T: *Takže vtedy naozaj Vaše pocity vybuchnú.*

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

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

a) Na afekt fokusované intervencie

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

Príklad - sexuálne stretnutia:

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

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

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

T: *Znie to trochu vzdorovito, možno voči mne?*

Ticho.

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

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

T: *Ale ja nie som Váš priateľ.*

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

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

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

b) Fokus na myseľ, nie na správanie

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

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

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

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

c) Vzťah k súčasným udalostiam a aktivite

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

Najlepší spôsob ako obísť tento potencionálny problém je to, že sa zameriavame na nedávne zážitky mimo terapeutickej situácie alebo na situácie v miestnosti v danom momente. Nie je to ale úplne to isté ako pri psychoanalytickom fokuse, ktorý sa niekedy ironicky charakterizuje ako interpretácia „myslíte mňa“. Tento druh práce môže viesť k pseudomentalizácii. Tu sa preferuje dôraz na emočne nabité, relatívne triviálne udalosti, v ktorých myšlienky a pocity môžu byť produktívne vyhodnocované. Vo všeobecnosti povedané, terapeut pracuje s čímkoľvek, čo je v pacientovej mysli, teda vlastne s pracovnou pamäťou.

2.2 Klinické cesty pre intervencie

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

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

2.3 Ktoré intervencie kedy?

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

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

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

2.4 Základné princípy - klinické príklady

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

Suicidálne pokusy a sebapoškodzovanie

Aj tu postupujeme rovnako, ako sme už naznačili: intervencie majú byť krátke a jednoduché, na afekt zamerané, skôr k aktuálnemu kontextu, oslovovať predvedomé a vedomé obsahy. Spôsob aplikácie - od identifikácie afektu k interpersonálnemu kontextu, preto je potrebné sa hýbať od povrchu hlbšie. Nakoniec prijať neodsudzujúci postoj k pokusom a sebapoškodzovaniu a iným deštruktívnym aktivitám a zdržať sa predpokladu, že toto správanie je zamerané proti terapii resp. proti terapeutovi. Terapeut by nemal prijímať zodpovednosť za pacienta a už na začiatku terapie deklarovať rozsah svojej zodpovednosti. Napríklad: *„Nemôžem zabrániť tomu, aby ste si ubližovali, nebodaj sa zabili, ale môžem Vám pomôcť v tom, aby ste pochopili, prečo sa o to pokúšate a hľadať spôsob, ako môžete takéto veci zvládať.“*

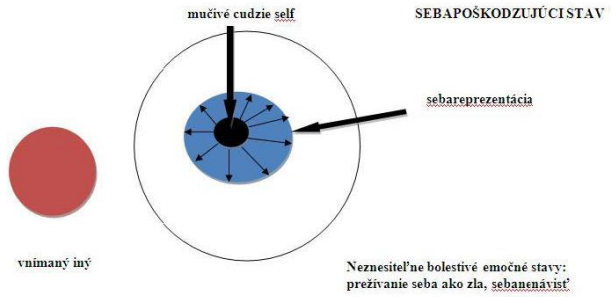
Primárnym dôvodom pre sebapoškodzovanie a podobné činy je zachovanie vlastnej štruktúry osobnosti s následnou náhlou destabilizáciou. Nejde ani tak o to vyjadriť agresiu alebo niekoho atakovať. Takýto typ správania sa objavuje, keď je prežívanie plné pochýb a osobná integrita môže byť znovu nastolená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

Funkcia sebapoškodzovania:

- udržať sebaštruktúru;
- prepátrajte príčiny destabilizácie („*Povedzte mi, kedy ste prvýkrát začali pociťovať úzkosť, že by ste niečo také mohli urobiť?“);*
- vytvorte systematické snaženie vrátiť zodpovednosť za skutky naspäť spolu s pacientom k znovu nastoleniu sebaštruktúry *(„Nemôžem zabrániť tomu, aby ste si ubližovali, nebodaj sa zabili, ale môžem Vám pomôcť v tom, aby ste pochopili, prečo sa o to pokúšate a hľadať spôsob, ako môžete tieto veci zvládať.“).*

Motivácia k sebapoškodeniu:

- zriedkakedy mať nad niekým kontrolu, atakovať ho;
- redukcia paniky;
- nastoliť existenciu/bytie: podporia telesnú existenciu tým, že uvidia krv (zvlášť vtedy, keď je neistá mentálna existencia), z časti vyplnia vnútornú prázdnotu;
- restabilizácia: rigídne chápané motivácie *(„Neprišiel, lebo chce, aby som trpela.“)*, formulovité vysvetlenia *(„Zaslúži si trpieť, lebo je zlý.“ „Neprídem tam, lebo ma tam nechcú!“).*



Obrázok 1. Sebapoškodzujúci stav.

Klinický príklad:

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

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

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

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

P: *Naozaj neviem.*

T: *Buďte trpezlivá, prosím. Viete ako ste sa cítili včera, napr. po skupine? (pokus o identifikáciu v kontexte terapie).*

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

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

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

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

T: *„A?*

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

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

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

T: *Ale znova ste sa porezali.*

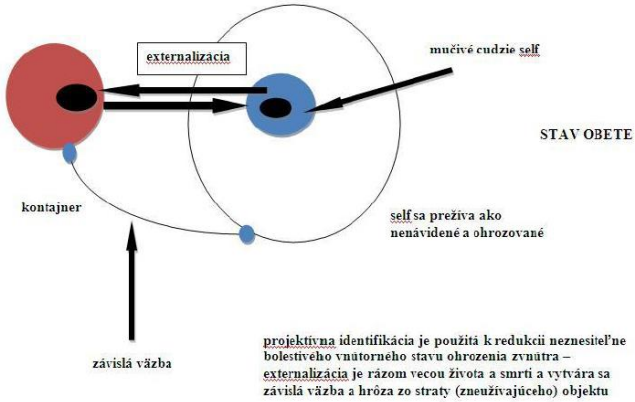
P: *Skoro potom, ako som sa vrátila domov, som sa cítila znova hrozne a tak som to znova chcela urobiť.*

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

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

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

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



Obrázok 2. Projektívna identifikácia.

3. Mentalizačný fokus a základné intervencie

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

3.1 Motivácia

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

3.1.1 Opätovné uisťovanie, podpora, empatia

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

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

Pozitívne dopytovanie sa a otázky s nádejou.

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

Empatické vyjadrenia majú prehĺbiť rozhovor s pacientom. Ale pri HPO to môže byť problematickejšie. Nevedia pohotovo rozlíšiť ich subjektívny stav a nemajú preto úžitok

z toho, keď sa im povie, ako sa cítia. Treba sa strániť vyjadrení typu, ako sa „naozaj cítite“. Tento spôsob môže viesť k dvom možným odpovediam - obom negatívnym.

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

B: Nevhodné hašterenie o tom, kto má pravdu.

Príklady zakázaných komentárov:

„To, čo naozaj cítite...“

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

„To, čo ste mysleli, je...“

3.1.2 Identifikácia a hľadanie pozitívneho mentalizovania

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

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

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

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

3.1.3 Klarifikácia a hodnotenie afektov

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

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

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

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

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

3.2 Zastaviť - stáť!

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

Sťažujúci sa pacient:

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

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

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

T: *Ako viete? (vyzývavý tón)*

P: *Čo, ako viem?*

T: *Že som ako dieťa nebola zneužívaná?*

P: *Pretože ste neboli...*

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

Ticho.

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

P: *To je iné.*

T: *V čom?*

P: *Proste je...*

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

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

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

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

Terapeut usilovne podporuje objasňovanie problému.

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

3.3 Základné mentalizovanie

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

3.3.1 Stoj, počúvaj, sleduj!

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

3.3.2 Stoj, vráť sa, preskúmaj!

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

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

Suicidálny pacient:

Pacientka hovorila v skupine o tom, ako sa cítila a o pláne sa predávkovať. Skupina za pomoci terapeuta tvrdo pracovala na tom, aby pochopila, čo precipitovalo jej negatívny a deštruktívny stav mysle, v ktorom sa cítila, že nikomu nezáleží na tom, či je živá alebo mŕtva a teda nemá nikoho resp. nič, prečo by žila. Viacero pokusov zo skupiny so snahou pomôcť jej odbila a frustrácia v skupine narastala. Ešte predtým, ako terapeut mohol nad dianím prevziať kontrolu, odohrala sa nasledovná interakcia:

P - iný: *„Už mám toho dosť. Čokoľvek povieme, nič nie je dosť dobré. Prečo neušetríš všetkých tejto tvojej mizérie a proste to neurobíš?"*

Okamžité ticho v skupine.

T: *„Povedať niečo také, je vážna vec (stoj) a predpokladám, že ak to teraz takto myslíš, že to odniekadiaľ pochádza, takže by sme sa radšej mali vrátiť späť (rewind - „prevíjanie"), aby sme sa pozreli, ako sme sa dostali do bodu, kde jednému z nás je jedno, či niekto ďalší žije alebo nie (preskúmaj).*

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

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

3.3.3 Podmieňovacie vyjadrenia (Bol by som zvedavý/zaujímalo by ma, či...)

„Bol by som zvedavý" či, alebo podmieňovacie vyjadrenia, môžu znieť neisto a byť prijímané s istým podráždením

typu *(„ako to mám vedieť - Vy ste terapeut“),* ale keď sa vhodne použijú, môžu sedenie poháňať dopredu k ďalšej diskusii a odhaľovaniu. Mentalizačný postoj „neviem“ zdôrazňuje, že terapeut bude častejšie „zvedavý a čudovať sa“ ako to, že „bude vedieť“.

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

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

Príklady:

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

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

3.3.4 Prenosové stopy

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

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

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

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

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

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

Neznášanlivý pacient:

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

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

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

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

3.4 Interpretačné mentalizovanie

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

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

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

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

Postup:

1) klarifikácia a vyhodnotenie emócií a zážitku,
2) identifikácia zlyhania mentalizovania a jeho prinavrátenie v danej téme,
3) prezentácia alternatívneho pohľadu.

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

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

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

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

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

T: *Je to všetko, čo by mohol človek cítiť?*

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

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

P: *Musel to urobiť, preto ma udrel.*

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

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

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

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

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

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

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

P: *Áno, dáva to pocit reality.“*

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

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

P: *„Čo sa to dnes s vami deje?*

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

P: *Vyzeráte zúbožený.*

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

P: *Neviem, každý mi dnes pripadá zúbožený.*

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

P: *Naozaj o tom nechcem hovoriť.“*

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

3.5 Mentalizovanie prenosu

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

1. Potvrdzovanie prenosových pocitov.

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

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

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

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

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

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

2. Skúmanie prenosu

Tak - ako akékoľvek iné interpersonálne prežívanie - je u pacientov pri HPO potrebné preskúmať prenos. Aplikujú sa

tak, ako v iných častiach terapie techniky vyhodnocovania, preskúmavania. Napr. pacient hovorí o pocitoch hnevu a frustrácie. Aké ďalšie pocity ich sprevádzajú? Je to sklamanie v terapeutovi alebo poníženie, že sa pacient zasekol v terapii s niekym, kto vyzerá, že nedokáže pomôcť alebo radosť z toho, že pacient môže ukázať, že je to terapeut, čo to nezvláda? Rovnako treba ujasniť fakty z pacientovej perspektívy. Identifikované musia byť udalosti, ktoré generujú prenosové pocity.

3. Prijatie vyhlásenia

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

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

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

4. Spolupráca pri prinášaní interpretácii

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

T: *„Boli ste taký rýchly v tom, že ste predpokladali, že som z Vás znudený, keď ste hovorili o mojom zívaní. Zaujímalo by ma, prečo ste boli taký rýchly, že som stratil podľa Vás tak rýchlo záujem. Zdá sa mi to prekvapivé, keď sa pozriem, ako sme doteraz spolu tvrdo a dobre pracovali.“*

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

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

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

5. Poskytnutie alternatívnej perspektívy

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

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

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

P: *Myslel som, že som Vás stratil, že ste odišli, že ste ma opustili.*

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

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

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

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

6. Monitorovanie pacientovej reakcie a pokus o interpretáciu tejto reakcie

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

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

Tu je terapeut opäť v kroku číslo 1 mentalizovania prenosu a musí začať opätovne potvrdzovať a overovať pacientovo presvedčenie, že terapeut ho jedného dňa totálne opustí, poukazujúc na to, že to nie je hlúpy, ale reálny a legitímny pocit, ktorý má svoje korene v ďalších myšlienkach a pocitoch, ktoré pacient má a ktoré ešte neboli doteraz explicitne povedané a potrebujú byť mentalizované.

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

Záver

Na mentalizovanie môžeme nazerať ako na jednu zo základných charakteristík duševne zrelého jedinca. Obzvlášť významnú úlohu má pri možnosti vytvoriť si a udržať pevné a zdravé medziľudské vzťahy. Na psychoterapeutickom poli nie je pojem mentalizovania vôbec nový. Avšak rozvoj neurozobrazovacích metód, pokroky v chápaní na poli vzťahovej väzby a vývinovej psychológie, autorom terapie založenej na mentalizovaní umožnili vytvoriť koherentnú a podľa doterajších výsledkov aj efektívnu techniku.

Terapia (štúdiami overená) je zameraná na pacientov s hraničnou poruchou osobnosti, ale veríme, že to nie jediná možná oblasť aplikácie, či už pôjde o poruchy na osi I alebo II. Mentalizovanie je niečo, čo využívame každý deň, vo veľkej miere implicitne. Zúčastňujeme sa na mentálnych stavoch

u seba aj iných. Jej rozvíjaním či upevňovaním (ak správne aplikujeme) nemôžeme u pacientov nič pokaziť, dokonca ani keď mentalizovanie extrapolujeme na každodenný kontakt s ľuďmi, s ktorými prichádzame do kontaktu. Pretože mentalizovanie je vo veľkej miere práve to, čo nás robí ľuďmi.

*Práca je treťou a poslednou časťou špecializačnej práce k špecializačnej skúške zo psychiatrie. Ďakujeme za cenné rady a usmernenia školiteľovi doc. MUDr. A. Rakúsovi. Prvé dve časti boli uverejnené v predchádzajúcich číslach časopisu Psychiatria psychoterapia psychosomatológia (č. 1 a 2/2018).

Literatúra

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

BATEMAN, A., FONAGY, P.: Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 2006, s.193.

BATEMAN, A., FONAGY, P.: Psychoterapy for borderline personality disorder: mentalization – based treatment. Oxford: Oxford University Press, 2004, s. 381.

BUSH, F.: Mentalization. New York: The Analytic Press, 2008, s. 302.

FONAGY, P.: The mentalization- focused approach to social developement. In: Allen, J., Fonagy, P.(eds): Handbook of Mentalization-Based Treatment. Chichester, UK: Wiley, 2006, s. 53-99.

FONAGY, P., GERGELY, G., JURST, E.L.: Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press, 2002, s. 577.

GUNDERSSON, J.: Borderline personality disorder: A clinical guide. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001, s. 329.

HAŠTO, J.: Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005, s. 300.

JURIST, E.: Mentalized affectivity. International Journal of Psycho-analysis, 2005, 22, s.426-444.

KOŠŤAN, R., BERNADIČ, M.: Mentalizácia: Úvod do mentalizácie/ mentalizovania. Časť I. Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika, 25, 2018, č. 1, s. 25-36.

KOŠŤAN, R., BERNADIČ, M.: Mentalizácia: Evolučné a neurobiologické spojenie medzi vzťahovou väzbou a mentalizovaním. Časť II. Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika, 25, 2018, č. 2, s. 16-20.

MEINS, E., FERNYHOUGH, C., WAINWRIGHT, R.: Maternal mind- mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. Child Developement, 2002, 73, s.1715-1726.

MUNICH, R.: Integrating mentalization-based treatment and traditional psychoterapy 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.

PRAŠKO, J.: Poruchy osobnosti. Praha: Portál, 2009, s. 359.

RIZZOLATTI, G., CRAIGHERO, L.: The mirror neuron system. Annual Revue Neuroscience, 2004, 27, s.169-192.

SMOLÍK, P.: Duševní a behaviorálni poruchy. Praha: Maxdorf, 2001, s. 506.

WELLMANN, H., LAGATTUTA, K.: Developing understanding of mind. In: Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., Cohen, D.(eds.): Understanding Other Minds: Perspective from Developemental Cognitive Neuroscience. New York: Oxford University Press, 2000, s. 21-49.

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.