



Rubrika přináší učební texty určené celoživotnímu vzdělávání lékařů. Je připravována redakcí ve spolupráci a s garancí České neuropsychofarmakologické společnosti (akreditace ČLK č. 0011/16/2001). Cílem je poskytnout lékařské veřejnosti ucelený pohled na vybrané psychiatrické problémy z hlediska nejnovějšího vývoje oboru a na základě zpětné vazby umožnit vyhodnocení didaktické účinnosti textu formou testů. Věříme, že tato korespondenční forma celoživotního vzdělávání lékařů bude pro většinu zájemců o kontinuální vzdělávání v psychiatrii užitečným pomocníkem.

prof. MUDr. Lucie Bankovská Motlová, Ph.D.

MENTALIZOVANIE AKO VÝZVA PRE KLINICKÚ MEDICÍNU A ŠPECIÁLNE PRE PSYCHIATRIU A PSYCHOTERAPIU

MENTALIZING AS A CHALLENGE FOR CLINICAL MEDICINE AND ESPECIALLY PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

JOZEF HAŠTO^{1,2,3}, PETER TAVEL⁴

¹Institut sociálního zdraví (OUSHI) Univerzita Palackého Olomouc

²Vysoká škola sv. Alžbety, Bratislava

³Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

⁴Institut sociálního zdraví (OUSHI) Univerzita Palackého Olomouc

SÚHRN

Mentalizovanie môžeme trochu zjednodušene chápať ako komplexnú empatiu. Rozvinutie mentalizačnej schopnosti je zrejme významným faktorom resiliencie. Bezpečná vzťahová väzba vytvorená pri senzitivnom komunikačnom a opatrovateľskom správaní významného druhého je živnou pôdou pre jej dobré rozvinutie. Diskutuje sa význam poznatkov o problematike vzťahovej väzby a mentalizovania pre prevenciu vrátane prerušenia transgeneračného prenosu traumy a pre klinickú prax.

Kľúčové slová: empatia, mentalizovanie, vzťahová väzba (attachment), prevencia, psychoterapia

SUMMARY

Mentalizing can be simply understood as complex empathy. The development of the capacity for mentalization is most probably an important factor of resilience. The secure attachment created through sensitive communication and caring behavior of the significant other provides the basis for its proper development. We discuss the significance of knowledge about attachment and mentalization for prevention, including interruption of transgenerational transmission of trauma, and for clinical practice.

Key words: empathy, mentalizing, attachment, prevention, psychotherapy

Hašto J, Tavel P. Mentalizovanie ako výzva pre klinickú medicínu a špeciálne pre psychiatriu a psychoterapiu. Psychiatrie 2015; 19(2): 97-103.

Úvod

Koncept mentalizovania sa snáď dá, i keď trochu zjednodušene, chápať ako konštrukt zahŕňujúci komplexnú empatiu v implicitnej i explicitnej rovine pri súčasnom kontakte so sebou aj s druhým a môže sa týkať toho, čo je, bolo alebo bude.

Mentalizovať znamená podľa Allena et al. (2011) všímať si a zohľadňovať vlastné a cudzie mentálne stavy a adekvátne interpretovať správanie.

Neskôr sa zmienime o ďalších podrobnostiach a aspektoch.

Aké súvislosti sa nám pri tejto téme otvárajú s ohľadom na vývin jedinca, transgeneračné interakcie, prevenciu, klinickú prax a špeciálne psychiatriu a psychoterapiu.

Biopsychosociálny model a transgeneračné pôsobenie

Keď uvažujeme o vývoji jedinca, či už z hľadiska jeho zdravia alebo choroby, nutne sa dostávame až k problematike porozumenia podmienkam intrauterinného, perinatálneho vývoja a k obdobiu raného detstva. Ako nás plne oprávnene

upozorňuje Peter Fedor-Freybergh (2013), zakladajúca osobnosť prenatálnej psychológie a medicíny, musíme ísť ešte ďalej:

„...*život človeka začína najneskôr v druhej generácii, pred vlastným životom, totiž v dome starých rodičov, ako z matkinej tak i z otcovej strany.*“ Má pritom na mysli nielen „...*genetické a chromozomálne predpoklady, ale aj najdôležitejšie psychosociálne fenomény, ako sú postoje k životu, morálne a etické normy, životné filozofie, ako napr. rešpekt k všetkému živému...*“ (Fedor-Freybergh, 2013, s. 3)

Jeho pohľad a prístup je teda *bio-psycho-sociálny* a všíma si chemicko-molekulárnu, biologickú, psychickú-psychodynamickú a interpersonálno-sociálnu rovinu, ako aj *transgeneračný* aspekt (dedičná géново-chromozomálna rovina, ale aj problematika tzv. sociálnej dedičnosti, teda učením získaného a tradovaného).

Novšie nálezy v oblasti molekulárnej biológie svedčia napr. aj pre možnosť, že zlé zaobchádzanie v detstve (týranie, zanedbávanie) môže mechanizmom metylácie DNA a modifikácie histónov-bielkovín, ktoré sa viažu na DNA, meniť expresiu génov v mozgu, napr. aj tých, ktoré riadia pôsobenie stresového hormónu, kortizolu (Minárik et al., 2009). Novšie vieme, že pri epigenetických mechanizmoch sa okrem hore zmienených uplatňuje aj hydroxymetylácia, s ATP súvisiace zmeny chromatinu a nekódujúca RNA (Pape a Binder, 2014). Takto ovplyvnený jedinec môže zase svojím správaním ovplyvniť svoje potomstvo. Epigenetika sa stáva horúcou témou biológie a psychiatrie. Keďže epigenetické zmeny v periférnych tkáňach (krv, bukálna sliznica) na DNA u zvierat do istej miery korelujú so zmenami zistenými v mozgu, dá sa predpokladať, že to bude platiť aj pre ľudí (Pape a Binder, 2014). Preto je pozoruhodný nález autorov Yehuda et al. (2015), že v kohorte vojnových veteránov postihnutých posttraumatickou stresovou poruchou korelovali epigenetické biomarkery so zlepšeniami symptómov docielených psychoterapiou!

Vráťme sa ale ešte k problematike transgeneračného prenosu traumy formou „sociálnej dedičnosti“ (Duhrssen, 1998). Zdá sa nám oprávnená hypotéza, že matka s nespracovanou traumou alebo stratou môže sekundárne traumatizovať svoje dieťa v ranom období jeho života narušenou komunikáciou, keď ju náhle mimovoľne mení, prerušuje, nie je psychicky prítomná, má situačne neprimeraný neverbálny prejav, ktorý dieťa desí. Deje sa to, keď má matka prudké zmeny nálady, návaly situačne neprimeraných afektov hnevu, zúrivosti, úzkosti, smútku, bezmocnosti, hnusu, pohŕdania, keď sa odpája od senzitívneho kontaktu s dieťaťom kvôli svojím flešbom, disociatívnym stavom. Dramatické dopady na emocionalitu dieťaťa môžeme pozorovať pri „still face experiment“, kedy má matka po prirodzenej komunikácii zámerne na 1–2 minúty urobiť „pokrovú tvár“. Názorný príklad môžeme pozorovať na videozázname (Tronick, 2007). Schechter (2012) v empirickej štúdiu interakcie matiek s malými deťmi, pričom išlo o matky, ktoré boli v minulosti traumatizované zážitkom násillia a trpeli symptómami posttraumatickej stresovej poruchy, konštatuje, že traumatický zážitok matky deťom sprostredkovávali v interakcii prostredníctvom správania a rečových prejavov. Aj deti aktívne, ale nevhodne vstupovali do matkinej snahy vysporiadať sa s deštruktivitou a upokojiť sa pri dysregulácii fyziologických funkcií. Pôvodná trauma sa odzrkadľovala v psychike matky a dieťaťa a negatívne ovplyvňovala vývoj regulácie afektov u dieťaťa.

Bezpečná vzťahová väzba, mentalizovanie ako komplexná empatia a zrkadlové neuróny

Pri prednáškach o vysvetľujúcej sile teórie vzťahovej väzby Johna Bowlbyho a o možnosti hlbšieho chápania psychických a psychosomatických porúch v detstve i v dospelosti pomocou tejto plodnej teórie dostávame pomerne často otázky, aké je optimálne utváranie vzťahu rodič–dieťa v období raného detstva alebo v prvých rokoch života pre zdravý vývin dieťaťa a dobré rozvinutie jeho odolnosti, resiliencie do ďalšieho života. Dostávame sa tu k významu *kvality vzťahu* rodiča/rodičov k dieťaťu a kvalite rodičovského správania, či už matky, otca, súrodenca, starého rodiča alebo náhradných rodičov. Kvalita vzťahu sa prejavuje v štýle komunikácie.

Skúsenosti z interakcií s kľúčovou rodičovskou osobou máme podľa Bowlbyho teórie (prehľad Hašto, 2005) v sebe, v našom CNS uložené v implicitnej pamäti ako „vnútorné pracovné modely“, ktoré riadia naše vzťahové správanie aj v nových vzťahoch. Určujú naše emócie, fantázie, vegetatívne a endokrinné reakcie, motorické vzorce a očakávania vo vzťahu.

Z hľadiska transakčnej analýzy (Schlegel, 2007) môžeme jej terminológiou pri bezpečnej vzťahovej väzbe hovoriť o silnom „vnútornom dobroprajnom rodičovi“ ako inštancii v osobnosti.

Existujú už určité neurobiologické poznatky o regulácii týchto procesov v mozgu (prehľad Hrubý et al., 2011).

Empirické údaje svedčia pre to, že *bezpečná vzťahová väzba* dieťaťa k svojmu rodičovi je niečo, čo formuje k optimálnemu, zdravému utváraniu aj neskorších vzťahov a chráni človeka pred takým komplikovaným utváraním vzťahov, ktoré by mohli pôsobiť destabilizujúco až patogénne. Ukazuje sa, že rodičovská schopnosť rozvinúť u dieťaťa bezpečnú vzťahovú väzbu je viazaná na ich vlastný štýl bezpečnej vzťahovej väzby, ku ktorému rodičia pravdepodobne najľahšie dospeli, ak oni sami mali rodičov (hovoríme teda o starých rodičoch dieťaťa) s bezpečnou vzťahovou väzbou. Fonagy so spolupracovníkmi (1993) ukázali, že rodičia, ktorí už pred narodením dieťaťa mali zistené mentálne reprezentácie svedčiace pre ich bezpečnú vzťahovú väzbu, mali deti, u ktorých sa neskôr dala tiež zistiť bezpečná vzťahová väzba. Za možný transgeneračný mechanizmus prenosu tohto štýlu vzťahovania sa označili títo autori schopnosť rodičov presne mentálne reprezentovať mentálny svet dieťaťa. Z dnešného hľadiska by sme mohli povedať: ich dobre rozvinutú mentalizačnú schopnosť.

Ako sa dá charakterizovať človek s bezpečnou vzťahovou väzbou?

V detstve, u 12–18mesačných detí, sa v „teste cudzou situáciou“ (Ainsworth et al., 1978) dajú pozorovať v správaní znaky svedčiace pre základnú dôveru dieťaťa, že matka je dostupná, že ju môže používať ako bezpečnú základňu, bezpečný prístav. Keď matka nečakane opustí miestnosť, po chvíli sa znepokojí a hľadá ju. Pri návrate matky (v testovej situácii po 3 minútach) sa dieťa s matkou radostne zvíata a rýchlo sa upokojí. Hneď potom dieťa pokračuje v hravom a skúmanom správaní v miestnosti s hračkami. U 6ročných aj po hodinovom odlúčení zostane dieťa uvoľnené a otvorené voči osobe, na ktorú má bezpečnú vzťahovú väzbu. Bezpečná vzťahová väzba u dospelých testovaná pomocou AAI (Adult Attachment Interview) je buď plynulým pokračovaním bezpečnej vzťahovej väzby z detstva, alebo sa vyvinula ako korektúra neistej väzby vďaka hlbokému dôkladnému spracovaniu negatívnych zážitkov v detstve. Títo ľudia sú v dobrom kontakte so svojimi emóciami a sú schopní integrovať negatívne skúsenosti so základným pozitívnym postojom (Fremmer-Bombik, 1997).

Výskumy bezpečnej vzťahovej väzby v dospelosti (niekedy sa hovorí aj o *autonómnej* alebo *slobodnej* vzťahovej väzbe) pomocou náročného Adult Attachment Interview (AAI) viedli k zisteniu, že spolu s týmito priaznivými vzťahovými skúsenosťami a tendenciami je obvykle spojená aj dobrá schopnosť *mentalizovania*, ktorá sa pravdepodobne stáva významným mediátorom modulujúcim situačne primerané utváranie reakcií vo vzťahu. K problému mentalizovania, mentalizácie sa ešte dostaneme neskôr. Na tomto mieste stačí, keď si pripomenieme, že koncept mentalizácie je vlastne do značnej miery *rozšírením konceptu empatie* (Allen a Fonagy, 2009), vciťovania sa, vžívania sa do druhého pri dobrom vnútornom kontakte so sebou samým a že podľa nových neurobiologických nálezov o. i. úzko súvisí s funkciou zrkadlových neurónov (Minárik et al., 2008).

Áké sú teda charakteristiky vzťahového správania matky, ktorá obvykle vychová dieťa s bezpečnou vzťahovou väzbou, s dobrými základmi pre rozvinutie mentalizačnej schopnosti?

Senzitívna matka/rodič/osoba pre vzťahovú väzbu

Mary Ainsworth et al. (1985), spolupracovníčka Johna Bowlbyho, označila takéto opatrovateľské správanie ako *senzitívne*. Teda vlastne ide o zdravé *jemnocitné* prežívanie a správanie.

M. Ainsworth charakterizovala toto žiadúce *senzitívne opatrovateľské správanie* pomocou štyroch hlavných znakov, ktoré budeme komentovať určitými príkladmi:

1. Matka musí byť schopná *vnímať* signály od dieťaťa s *maximálnou pozornosťou*. Poruchovosť sa tu môže prejavovať hlavne vo forme oneskorenia v jej vnímaní, keď sa zaoberá alebo je nútená sa zaoberať určitými vonkajšími alebo vnútornými potrebami a stavmi. Matka ustarostená kvôli svojej vlastnej chorobe alebo kvôli nepatričnému správaniu manžela, prípadne jeho chorobe, alebo pri svojej depresii sa pravdepodobne nebude schopná venovať dieťaťu s maximálnou pozornosťou a v reakciách sa bude oneskorovať. Bude napr. spomalene, s latenciou reagovať na mimické, pohybové a hlasové signály dieťaťa. Nespokojné zamrncanie dieťaťa nechá bez odzvy a možno zareaguje až pri jeho zlosti alebo zúfalom plači.
2. Musí *správne interpretovať* signály z perspektívy dieťaťa, napr. pri plači dešifrovať jeho význam (hlad? nepohoda? bolesť? nuda? potreba interakcie? potreba byť v náručí rodiča a vnímať kolísanie pri chôdzi?). Dospieť k správnej interpretácii signálov z perspektívy dieťaťa si vyžaduje od matky/rodiča empatickú schopnosť. A niekedy aj trpezlivé hľadanie správnej interpretácie pokusom a omylom. Je tu v hre riziko, že matka bude signály dieťaťa skresľovať alebo chybné interpretovať kvôli vlastným potrebám a projekciám týchto potrieb na dieťa. Problém nastáva tiež, keď matka má napr. medzeru v prežívaní (a prejavovaní) nežných citov.
3. Musí *primerane reagovať* na signály od dieťaťa, napr. nájsť správnu dávku potravy, upokojovať alebo ponúknuť hru, bez sťažovania interakcie hyper- alebo hypostimuláciou. Primeranosťou sa myslí hlavne intenzita a trvanie reaktívnej interakcie. Neadekvátne je napr., ak matka dieťa prekrmuje, ak nerešpektuje potrebu dieťaťa stiahnuť sa z komunikácie (čo obvykle signalizuje odvrátením pohľadu a hlavy). Ľahko si vieme predstaviť nadmerné upokojujúce správanie, keď matka v ňom pokračuje, aj keď ho už dieťa

nepotrebuje; slúži skôr uspokojovaniu matkinej potreby blízkosti a u dieťaťa už vyvoláva nepohodu. Takéto hyperstimulačné správanie môžu viesť k rôznym druhom vzdoru a výsledkom je napr. zlostný plač, vracanie alebo rezignačné správanie. Hypostimulácia vedie k frustráciám v príslušných oblastiach nenaplnených potrieb a k rôznym formám sekundárneho spracovávaní.

4. Reakcia musí byť *promptná* ešte v rámci tolerovateľného trvania frustrácie.

Napr.: schopnosť čakať na dojčenie je v prvých týždňoch po narodení veľmi krátka, v priebehu roka sa ale stále predlžuje. V priebehu ontogenetického zrenia dieťaťa sa objavujú nové potreby a mení sa ich intenzita. Matka to teda vôbec nemá jednoduché a vyžaduje si to od nej kontinuálnu otvorenosť k empatickému vnímaniu dieťaťa, vžívaniu sa do jeho potrieb. Niektoré matky majú mylnú predstavu, že promptná reakcia na potreby dieťaťa bude viesť k „rozmaznaniu“. Je to zbytočná obava, keď je matka schopná vyciťovať aj potrebnú mieru. Dieťa má v sebe zdravé vrodene tendencie k prežívaniu a správaniu a týka sa to aj tendencie k rozvíjaniu autonómie. Má tiež prirodzenú tendenciu učiť sa od rodiča, rodič je pre neho vzor.

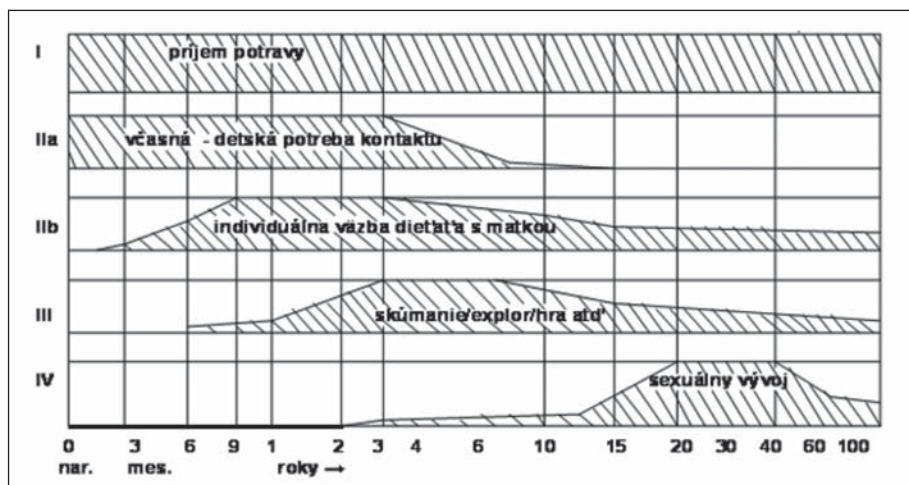
Na obr. 1 je schematicky načrtnutý vývoj potrieb dieťaťa až do staroby, ako ho zhrnul nemecký etológ Hassenstein (2001, s. 17, modifikované). Prirodzene v grafe nie sú zahrnuté všetky pudové potreby, ktoré sa vo vývoji uplatňujú.

Od skúsenosti so senzitívnou matkou/rodičom k mentalizovaniu

Ako už bola zmienka, jemnocitné (senzitívne) správanie matky voči dieťaťu koreluje s matkinou bezpečnou vzťahovou väzbou aj s rozvinutou mentalizačnou schopnosťou (Fonagy, 2009). Je pritom pravdepodobné, že takáto matka aj od svojej matky v detstve zažívala štýl správania v zmysle senzitívnej matky, čo jej uľahčuje zvládať svoju materinskú/rodičovskú rolu. Zdá sa ale, že aj niektoré matky, ktoré nemali takúto „dostatočne dobrú matku“, sú schopné, vďaka kvalitným empatickým vzťahom v neskoršom živote, dospieť k žiadúcim korektúram a rozvinúť svoju empatickú schopnosť v celom jej spektre. Išlo by teda hlavne o dodatočné rozvinutie mentalizačnej schopnosti ako komplexnej empatie. Výsledkom je potom starostlivosť o dieťa v takej forme, že sa u neho vyvinie bezpečná vzťahová väzba a položia sa dobré základy pre mentalizáciu. Dodatočná dostatočná, intenzívna a dlhodobá priaznivá vzťahová skúsenosť tak vlastne zabráni transgeneračnému prenosu nejstej alebo traumatizovanej (dezorganizovanej) vzťahovej väzby.

Koncept mentalizácie alebo lepšie mentalizovania, aby sme zdôraznili procesnú stránku toho, čo sa deje, sme si už vyššie označili ako rozšírenie bežného konceptu empatie. Mentalizovanie si teda môžeme predstaviť ako komplexné empatizovanie s druhým človekom, psychoanalytickou terminológiou povedané s objektom. Nás teraz ako objekt zaujíma dieťa vo svojich ranných vývojových štádiách. Ide teda o *vžívanie sa, vciťovanie sa do subjektívneho sveta dieťaťa*, čo matky často sprevádzajú aj *verbalizáciou*, akoby hovorili za dieťa a za jeho potreby, pričom niekedy používajú aj množné číslo „my“ (napr. „My sme hladné“). Na neurobiologickej úrovni si fungujúcu empatiu snáď môžeme predstaviť ako dostatočnú napojenosť na fungujúce zrkadlové neuróny.

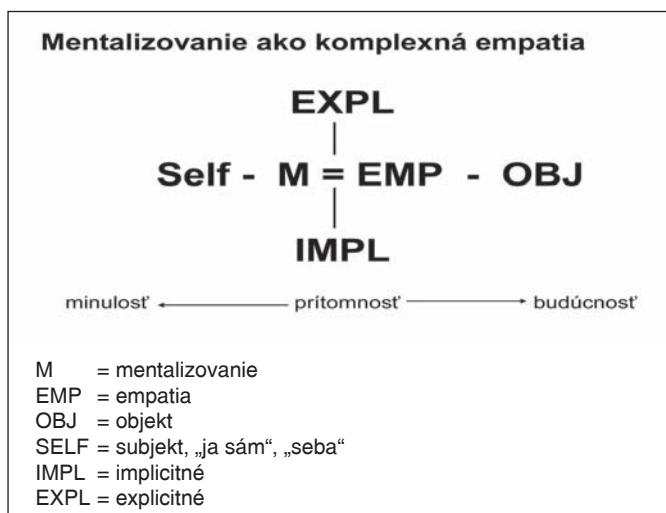
Koncept mentalizácie ako komplexnej empatie (Allen a Fonagy, 2009) si môžeme znázorniť schematicky na obr. 2.



Obrázok 1: Vývoj niektorých oblastí ľudského správania z hľadiska sociobiológie (podľa Hassenstein, 2001, s. 17, modifikované)

Koncept mentalizovania zahŕňa oproti bežnému chápaniu empatie navyše aj *empathiu voči sebe samému!* Ide teda o reflektovanie svojich vnútorných stavov v príslušných situáciách. Empatia, či už voči objektu, či voči sebe, má svoju *implicitnú* a *explicitnú* stránku. Na *implicitnej* rovine prežívame empatiu ako telesný pocit, ako určitú tendenciu k správaniu, ako emóciu, prípadne ako fantáziu. Na *explicitnej* úrovni už dokážeme slovnou opísať, čo v sebe alebo v druhom zaznamenávame, vieme výstižne pomenovať príslušnú emóciu. Koncept mentalizovania je ale ešte širší a zahŕňa aj časovú dimenziu. Naša empatia či už voči objektu, alebo self sa môže týkať nielen *prítomnosti*, ale aj udalostí, situácií a zážitkov v *minulosti*, ba dokonca aj v *anticipovanej budúcnosti*. Jan Poněšický (2013) hovorí o terapeutickom potenciáli vzájomnej empatie, o terapii postojom, o vytváraní spoločnej významovosti. „Jde o zkušenost rezonance, můj svět rezonuje se světem druhého, o hojivý zážitek oproti pocitu izolace“ (s. 42).

Chápanie mentalizovania ako komplexnej empatie je síce prakticky užitočné zjednodušenie, predsa ale si musíme byť vedomí mnohohrstvovosti konceptu, ktorý sa vyvíjal v interakcii s psychoanalytickými poznatkami, s teóriou vzťahovej väzby a pripútavacieho správania, theory od mind, evolučnej biológie a filozofie (Allen, 2009).



Obrázok 2: Mentalizovanie ako komplexná empatia

Fonagy (2009) a Allen et al. (2011) zdôrazňujú, že pri mentalizovaní je pozornosť zameraná na naše vlastné vnútorné rozpoloženie a na psychický stav druhých ľudí. Vlastné vnútorné rozpoloženie a psychický stav druhých charakterizuje Fonagy (2009) napr. prirami, potrebami, emóciami, myšlienkami, presvedčeniami, pohnútkami, halucináciami, snami... Hovorí metaforicky o akomsi vnútornom nesení, držaní mysle druhého vo vlastnej – „holding mind in mind“. Allen (2009) hovorí tiež o mentalizovaní ako o procese, pri ktorom správanie vlastné a druhých dávame do súvislosti s duševnými stavmi, ide o imaginatívne vnímanie a interpretáciu súvislosti medzi správaním a intencionálnymi mentálnymi stavmi.

Deficity v mentalizácii a psychopatológia. Výstupy pre prevenciu a psychoterapiu

Existujú dôvody k hypotéze, že nedostatočne rozvinutá mentalizácia môže viesť k *psychickej poruche* alebo predstavuje rizikový faktor pre ňu a na druhej strane psychické poruchy počas svojho trvania obvykle redukujú mentalizačnú schopnosť (Halsam-Hopwood et al., 2009). Takže tu môžu vznikať *začarované kruhy* (circuli vitiosi, kyberneticky povedané regulačné okruhy s pozitívnou spätnou väzbou), ktoré môžu prispievať k udržiavaniu patológie. V súčasnosti sa intenzívne skúmajú *psychoterapeutické a profylaktické programy zacielené na rozvinutie mentalizovania*. Skúma sa aj ich praktická využiteľnosť pre matky s neistou vzťahovou väzbou a deficientnou mentalizáciou. Výsledky sú zatiaľ sľubné. K tomu napr. Salderetal (2009), Allen a Fonagy (2009), Halsam-Hopwood et al. (2009), Fonagy et al. (2002). Psychoterapeutické a profylaktické intervencie založené na teórii vzťahovej väzby opísal napr. K. H. Brisch (2011, 2013). Objavujú sa edukačné materiály pre rodiny o význame vzťahov (napr. Velemínský et al., 2010).

Pri úvahách o možnostiach prevencie a optimalizovania podmienok pre rozvinutie zdravého vzťahu medzi matkou a dieťaťom sa dostávame aj k problematike bondingu v popôrodnom období (napr. Lang, 2009). Uvnas-Moberg (2011) poukázala na to, že z biologického hľadiska sa hormón oxytocín významne uplatňuje nielen pri prirodzenom pôrode, ale aj vo včasnom poporodnom období, a to aj v nastavení matky na vzťah a komunikáciu s dieťaťom. Jeho komplexné

působenie na prežívanie a správanie matky je zabezpečené oxytocinergnými dráhami v mozgu.

Už desaťročia sa množili indície svedčiace pre význam prirodzeného vaginálneho pôrodu, včasného a neprerušovaného kontaktu koža na kožu hneď po narodení a bedding-in. Predstavujú zrejme optimálny začiatok pre rozvinutie harmonického vzťahu matka-dieťa. Keby tieto prirodzené skutočnosti boli liekom alebo prístrojom, asi by ho chceli všetky pôrodnice a neonatologické oddelenia. V praxi sa však tento „liek“ stále nedostatočne využíva (Lang, 2009; Hašto, 2014). Máme tu do činenia s nedostatočným mentalizačným postojom niektorých zdravotníckych pracovníkov (lekári, sestry) a celých inštitúcií?

Privrznutý prst, príklad pre pseudomentalizáciu a mentalizáciu

Aby sme nezostali v príliš abstraktnej rovine pri úvahách o fungovaní alebo zlyhávaní mentalizovania, môže nám pomôcť ilustrácia pomocou určitej názornej situácie. Najprv sa môžeme pozrieť na príklad zlyhania mentalizácie matky v situácii, keď sa syn bolestivo poranil, a potom príklad primeraného mentalizovania v takejto situácii. Pomôžeme si príkladom, ktorý opisujú Salder et al. (2009), a doplníme ho našimi poznámkami o ďalších súvislostiach a komentárom.

Príklad 1:

Syn si privrel prst do dverí a plače.

Matka: „Nehraj divadlo!“ A napodobňujúc ho zosmiešňuje.

(Príklad *pseudomentalizácie*; analogické správanie terapeuta = komplementárny negatívny protiprenos, ktorý nenapomáha terapeutickému zmene, ak zostane nereflektovaný a terapeut nezmení svoje správanie.)

Príklad 2:

Syn si privrel prst do dverí a plače.

Matka (priateľsky a ohľaduplne): „Ach, to zaboľelo. Vylakalo ťa to a teraz potrebuješ svoju mamu, aby sa ti ulavilo.“

(Príklad úspešného *mentalizovania*; analogické správanie terapeuta svedčí pre konkordantný protiprenos, predpokladá schopnosť kontejnovania, t.j. uchovanie si základného vnútorného pokoja napriek tomu, že subjekt empatizuje so silnými afektami u objektu.)

Všimnime si, že matka v tomto druhom príklade bola schopná vnímať a správne vyhodnotiť situáciu z pohľadu syna, empaticky cítila jeho bolesť a verbalizovala to za dieťa: „Ach, to zaboľelo.“ Vníma aj jeho úľak, úzkosť: „Vylakalo ťa to.“ Možno si všimla aj pohyb alebo pohľad syna smerom k nej a správne čítala aj jeho vnútornú tendenciu k blízkosti s mamou, teda aktiváciu jeho pripútavacieho správania, hľadania bezpečia a útechy u kompetentnejšieho a silnejšieho, keď hovorí „...teraz potrebuješ svoju mamu“. A táto mentalizujúca matka uvádza aj teleologický aspekt, účel pripútavacieho správania a anticipuje za syna jeho naplnenie: „...aby sa ti ulavilo“. Ak by mala nespracovanú traumou alebo narušenú reguláciu afektov, možno by reagovala takým silným afektom alebo obranou voči nemu, že výsledkom by bolo ďalšie znepokojenie dieťaťa. Dobre mentalizujúci rodič teda nebude na plač dieťaťa odpovedať plačom, to by bolo jednoduché zrkadlenie emócie či podľahnutie emočnej nákaze, ale pri mentalizovaní je úzkosť primiešaná do starostlivého,

láskeplného výrazu („označená emócia“). Takéto označovanie emócií podporuje u dieťaťa jeho schopnosť vytvárať si sebareprezentácie emočných stavov a regulovať svoje afekty (Allen et al., 2011). To isté samozrejme platí aj pre situáciu terapeut-pacient.

Sochár Henry Moore (1809–1877) sa veľmi dôkladne vo svojom diele vysporiadaval so vzťahom matka-dieťa. Pri jeho sochách si môžeme klásť otázky: Čo asi cíti toto dieťa? Čo jeho mama?

Komplexná empatia u psychiatrov, psychoterapeutov a v bežnej klinickej praxi

Mentalizovanie v zmysle všímania si a zohľadňovania vlastných a cudzích mentálnych stavov a adekvátnej interpretácie správania si vyžaduje určitý vnútorný postoj. Za kľúčové prvky takéhoto mentalizačného postoja považujú Allen et al. (2011): túžbu vedieť, zvedavosť a duševnú otvorenosť; neistotu, „viem, že neviem“ a pranie presnejšie chápať a porozumieť; dôsledné fokusovanie mentálnych procesov pacienta; prispôsobovanie intervencií mentalizačnej schopnosti pacienta; orientovanosť na vývoj alternatívnych perspektív; autenticitu.

Presné mentalizovanie v stave núdze môže byť pre človeka kľúčovým zážitkom, ktorý hreje a je veľkým impulzom a zdrojom pokoja a sily. Dá sa predpokladať, že úspešní psychoterapeuti majú dobre rozvinutú komplexnú empatiu a mentalizovanie bolo prirodzenou súčasťou ich komunikácie aj pred jeho explicitným teoretickým konceptualizovaním, ku ktorému došlo až v posledných desaťročiach a pribudli k nemu aj tréningy a školenia. Žiaduce je samozrejme jeho kultivovanie aj u lekárov a sestier v klinických odboroch. K tomu by mohli prispieť nielen semináre a dielne poriadané autormi konceptu a ich žiakmi, ale aj pomerne dobre známe „empatické laboratória“ používané v rámci výcvikov v terapii orientovanej na osobu a tiež Bálintovské skupiny. Kvalitné cvičné psychoterapie (Lehrtherapie) by iste boli pre klinikov najväčším prínosom. Ale to zrejme aj v budúcnosti bude absolvovať len pomerne malá časť klinikov. Zdá sa, že aj osvojenie si takej relatívne jednoduchej metódy, ako je relaxačný tréning (napr. autogénny tréning, Jacobsonova progresívna svalová relaxácia) alebo meditačné/imaginačné cvičenia môžu zvýšiť kapacitu pre mentalizovanie. Pokojné emočné rozpoloženie spojené s pocitom, že aj po znepokojení sa človek pomerne ľahko môže opäť vrátiť do stavu pokoja, optimalizuje v komunikácii uplatnenie empatie, teda identifikovanie emócií druhých ľudí a primerané emočné reagovanie ako aj mentalizovanie, ktoré si, ako už bola zmienka, môžeme predstaviť ako rozšírenie empatie o empatiu voči sebe. Pri katamnézach po ročnom cvičení autogénneho tréningu sa takmer pravidelne stretávame s výrokmi ako: „lepšie si rozumiem“, „dokážem si uchovať vnútorný pokoj aj v situáciách, ktoré ma predtým príliš rozrušovali“, „som vnímavejší v komunikácii s druhými, aj mi to hovorí moje deti a známi“ atp. A potom existuje povzbudzujúci poznatok, že nielen dlhodobá terapeutická komunikácia s pacientom má šancu na úspech: klinické skúsenosti svedčia pre to, že niekedy aj veľmi krátke kvalitné komunikácie môžu aj dlhodobo vyžarovať svoj priaznivý účinok (napr. Bleuler, 1998).

Na majstrovské narábanie s mentalizovaním Sigmunda Freuda môžeme usudzovať o. i. zo spomienok jeho pacientky, sochárky Margarethe Lutz, rod. Walter (Čikelová, 2008).

Pani Lutz po 70 letech v rozhovore s novinářkou připomíná na setkání s Freudem. Běla tehdy v dívčím věku. Měla s ním vlastně jen jeden poradensko-psychotherapeutický rozhovor, který spolu s rozhovorem s jejím otcem měl dalekosáhlý blahodárny účinek na celý její další život.

sa pri ochorení. Tieto poznatky sa už prejavujú v preventívnych programoch a vedú tiež k novému chápaniu a utváraniu psychoterapie, nielen psychodynamickéj. Uplatňovanie konceptu mentalizovania v zmysle komplexnej empatie sa nám javí ako žiadúce aj v bežnej klinickej praxi.

Záverom

Výskumy inšpirované Bowlbyho teóriou vzťahovej väzby nám priniesli a stále prinášajú pozoruhodné poznatky o prenikavom význame kvality interpersonálnych vzťahov pre porozumenie rizikovým a protektívnym faktorom vo vývine osobnosti, ujasňujú význam pre vulnerabilitu a patogenézu psychických a psychosomatických porúch a tiež pre správanie

Tento článok vznikol za podpory grantu TA ČR TD020339.

*Doc. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D.
Heydukova 27
811 08 Bratislava
Slovensko
e-mail: j.hasto.tn@gmail.com*

LITERATURA

- Ainsworth MSD, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of a strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.
- Ainsworth MSD. Patterns of infant - mother attachment: antecedents and effects on development. In Bull NY Acad Med 1985, 61: 771-791.
- Allen JG, Fonagy P. Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2009.
- Allen JG. Mentalisieren in der Praxis. In: Allen JG, Fonagy P, eds. Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2009; 23-61.
- Allen JG, Fonagy P, Bateman W. Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis (v orig. Mentalizing in clinical practice). Stuttgart: Klett-Cotta, 2011.
- Bischoff KH. Bezpečná vzťahová väzba. Attachment v tehotenstve a prvých rokoch života. Edukačný program pre rodičov SAFE. Trenčín: Vydavateľstvo F, Promente sana, 2011.
- Bleuler E. et M. Učebnica psychiatrie. (Vybrané kapitoly.) Trenčín: Vydavateľstvo F, 1998.
- Brisch KH. Schwangerschaft und Geburt. Bindungspsychotherapie. Bindungsbasierte Beratung und Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2013.
- Čikelová D. Freud mi zachránil život. Pravda, 2. augusta 2008 (<http://vydavatelstvo-f.sk/file/102-freud-mi-zachranil-zivot>)
- Dührssen A. Biografická anamnéza z hlbínne-psychologického aspektu. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1998.
- Fonagy P, Steele M, Morgan G, Steele H, Higgitt A. Measuring the ghost in the nursery-an empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and the infants' security of attachment. J Am Psychoanal Assoc 1993; 41(4), 957-989.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta, 2002.
- Fonagy P. Soziale Entwicklung unter dem Blickwinkel der Mentalisierung. In: Allen JG, Fonagy P, eds. Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2009; 89-152.
- Fedor-Freybergh PG. Prenatálne dieťa. Psychosomatické charakteristiky prenatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa. Trenčín: Vydavateľstvo F, Promente sana, 2013.
- Fremmer-Bombik E. Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In: Spangler G, Zimmermann P, eds. Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta, 1997; 109-119.
- Halsam-Hopwood GTG, Allen JG, Stein A, Bleiberg E. Verbesserung des Mentalisierens durch Psychoedukation. In: Allen JG, Fonagy P, eds. Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2009; 347-372.
- Hassenstein B. Verhaltensbiologie des Kindes. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag, 2001.
- Hašto J. Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. Trenčín: Vydavateľstvo F, Promente sana, 2005.
- Hašto J, Janovičová G, Rašmanová M. Diskusia o význame popôrodného kontaktu matky a dieťaťa. Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika 2014; 21(2): 39-41.
- Hrubý R, Hašto J, Minárik P. Attachment in integrative neuroscientific perspective. Neuroendocrinology Letters 2014; 32(2): 111-120.
- Lang C. Bonding. Bindungsforderungen in der Geburtshilfe. München: Urban & Fischer, 2009.
- Minárik P, Luliak M, Hašto J. Psychotherapia – od zrkadliacich neurónov k empatii. Zrkadlové neuróny – výzva pre neurovedy. VIII. Slovenský psychiatrický zjazd, Trnava, 18.–22. 6. 2008.
- Minárik P, Hašto J, Luliak M. Neurobiológia suicidálneho správania – je to v génoch? II. konferencia o biologickej psychiatrii. Piešťany 18.– 1. 6. 2009.
- Munich RL. Eine Verbindung von mentalisierungsgestützter Behandlung und herkömmlicher Psychotherapie zur Weiterentwicklung der gemeinsamen Basis und Förderung der Urheberschaft. In: Allen JG, Fonagy P, eds. Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2009; 207-224.
- Pape JC, Binder EB. Psychotrauma als Risiko für spätere psychische Störungen. Epigenetische Mechanismen. Nervenarzt 2014; 85: 1382-1389.
- Poněšický J. Terapeutický potenciál vzájemné empatie. Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika 2013; (20)4: 41-42.
- Sadler LS et al. Das Baby bedenken: mentalisierungsgestützte Erziehungsberatung. In: Allen JG, Fonagy P, eds. Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2009; 375-398.
- Schechter DS. Gewaltbedingte Traumata in der Generationenfolge. In: Brisch KH, Hellbrugge T, eds. Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta, 2012; 224-234.
- Schlegel L. Transakčná analýza jako kreativne spojenie hlbínnej a kognitívnej psychoterapie. Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana, 2007.
- Tronick E. Still face experiment: Dr. Edward Tronick. www.youtube.com, 2007.
- Uvnas-Moberg K. Die Funktion von Oxytocin in der frühen Entwicklung und die mögliche Bedeutung des Oxytocinmangels für Bindung und frühe Störungen der Entwicklung. In: Brisch KH, ed. Stuttgart: Klett-Cotta, 2011; 13-33.
- Velemínský M sr, Velemínský M jun, Stejskalová J. Co mají také znát budoucí rodiče před narozením dítěte. Prenatálne dieťa, 2010; 3(1): 121-124.
- Yehuda R, Flory JD, Bierer LM et al. Lower methylation of glucocorticoid receptor gene promoter 1 in peripheral blood of veterans with post traumatic stress disorder. Biol Psychiatry 2015; 77(4): 356-364.

Test

- 1. Zlé zaobchádzanie v detstve (emočné alebo fyzické týranie, zanedbávanie, sexuálne zneužívanie)**
 - a) nemá nikdy vplyv na funkčnosť genómu
 - b) mení sekvenciu bází DNA
 - c) môže spôsobiť epigenetické zmeny funkčnosti určitých častí genómu
 - d) nemá vplyv na psychické a somatické zdravie v dospelosti
- 2. Z hľadiska molekulárnej biológie sa epigenetické zmeny môžu uplatňovať**
 - a) len mechanizmom metylácie bází DNA
 - b) len mechanizmom modifikácie histónov
 - c) výlučne hydroxymetyláciou, zmenami chromatinu súvisiacimi s ATP a cez nekódujúcu RNA
 - d) všetkými hore zmienenými (a–c) mechanizmami
- 3. Epigenetické zmeny v periférnych tkanách (napr. bukálna sliznica, krv) podľa experimentov na zvieratách**
 - a) sú laboratórnymi artefaktami
 - b) vôbec nekorelujú s epigenetickými zmenami v CNS
 - c) presne korelujú s epigenetickými zmenami v CNS
 - d) do istej miery korelujú so zmenami v CNS
- 4. Nespracovaná trauma a strata u matky**
 - a) nemá nikdy negatívny vplyv na jej komunikačné a opatrovateľské správanie voči dieťaťu, pretože rodičovské správanie má silný vrodenný základ
 - b) môže ovplyvňovať jej subjektívne stavy, ale nie interakciu s dieťaťom
 - c) spracovanie sa vždy vyrieši vďaka obštasťujúcej zážitkom pri starostlivosti o dieťa
 - d) môže narušovať komunikáciu s dieťaťom, prerušovať ju, spôsobovať psychickú neprítomnosť, neprimerané neverbálne správanie, ktoré dieťa napr. desí
- 5. Typ vzťahovej vazby sa u 12–18mesačných detí dá zisťovať Ainswothovej „testom cudzou situáciou“. Pre deti s bezpečnou vzťahovou vazbou je charakteristické**
 - a) dieťaťu nevadí, keď matka na 3 minúty opustí miestnosť a zostane samé alebo s cudzou osobou
 - b) návrat matky takmer ani neregistruje
 - c) je zvedavé len na hračky v miestnosti
 - d) dieťa je znepokojené odchodom a neprítomnosťou matky, po jej príchode sa s ňou radostne zvíta, často aj dotykom a rýchlo sa upokojí
- 6. Bezpečná vzťahová vazba je optimálnou živnou pôdou pre rozvinutie neskorších sociálnych kompetencií, uspokojujúcich interpersonálnych vzťahov a komplexnej empatie; utvára sa**
 - a) len na základe vrodenných dispozícií dieťaťa, bez ohľadu na reálne vzťahové skúsenosti s rodičom a inými významnými druhými v ranom detstve
 - b) vďaka pevnému výchovnému režimu a dostatočnej frustrácii dieťaťa
 - c) pri úzkostlivej opatre
 - d) keď matkino opatrovateľské správanie vykazuje znaky: vnímavosti, schopnosti správne interpretovať signály od dieťaťa, primeranej a promptnej reaktivity
- 7. Koncept mentalizovania v interpersonálnom vzťahu sa týka**
 - a) explicitného vyjadrenia empatie len pri popise biografických skúseností objektu
 - b) len empatie voči objektu ohľadom jeho anticipovanej budúcnosti
 - c) len situácie tu a teraz a zahŕňa len empatické prežívanie subjektu voči objektu
 - d) komplexnej empatie, teda subjektu voči sebe i voči objektu, na implicitnej i explicitnej úrovni a môže sa týkať prítomnosti, minulosti i anticipovanej budúcnosti
- 8. Deficity v mentalizovaní**
 - a) nemajú žiadnu súvislosť s psychickým zdravím
 - b) sú ireparabilné
 - c) sú vhodnou ochranou pre terapeutov a diagnostikov
 - d) sú rizikovým faktorom pre vznik psychických porúch, existujú psychoterapeutické a profylaktické programy zamerané na rozvinutie mentalizovania
- 9. Konkordantný protiprenos terapeuta**
 - a) je škodlivý v terapeutickom vzťahu
 - b) nijako nesúvisí s mentalizovaním terapeuta
 - c) bráni primeranému odstupu terapeuta voči pacientovi
 - d) predpokladá úspešné mentalizovanie a kontejnovanie, je priaznivý pre psychoterapeutický pokrok pacienta a uplatňuje sa tiež v krátkych intervenciách a v bežných interakciách terapeut/diagnostik – pacient
- 10. Sigmund Freud, John Bowlby a ich nasledovníci**
 - a) vniesli zmatok do klinickej medicíny
 - b) neprimerane intenzívne sa zaoberali subjektívnym svetom pacientov a ich biografickými skúsenosťami
 - c) príliš veľký dôraz kládli na vzťahy v živote človeka a ich význam pre zdravý vývoj a vznik porúch
 - d) obohatili klinickú medicínu a inšpirovali k významným výskumom genézy psychických a psychosomatických porúch, možností terapie a prevencie

Odpovedi na testové otázky môžu čtenáři zasílat s označením „CME – test“ na adresu:

Psychiatrická klinika FN, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové, faxem 495 833 041 nebo e-mailem: bryknarovam@lfhk.cuni.cz do 29. 8. 2015. Při minimálně 80 % správných odpovědí bude respondentům zasláno potvrzení o získání kreditu v rámci projektu celoživotního vzdělávání.

Správné odpovědi z čísla 1/2015: **1d, 2a, 3a, 4c, 5b, 6d, 7d, 8b, 9d, 10a.**