

## LÉČBA ZALOŽENÁ NA MENTALIZACI (MBT) V KLINICKÉ PRAXI

### Mentalization-Based Therapy (MBT) in Clinical Practice

David Holub<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>

<sup>1</sup> Ústav humanitních studií v lékařství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, CZ

<sup>2</sup> Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno, CZ

<sup>3</sup> Psychosomatická klinika, Praha 6, CZ

<sup>4</sup> Institut klinické psychologie, Praha, CZ

<sup>5</sup> Pražská skupina pro současnou psychoanalýzu, Praha, CZ

e-mail: holub.mail@gmail.com

*Psychoterapie. 15 (1), 53–68; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT

Léčba založená na mentalizaci (MBT, mentalization-based therapy) vychází ze specifických projevů a nároků hraniční poruchy osobnosti (HPO). Schopnost přemýšlet o duševních stavech sebe i druhých je komplexní proces, který je narušován v obvyklých životních situacích i u osob, které netrpí duševní poruchou. Článek se zaměřuje na východiska MBT přístupu, klíčové léčebné principy a jejich uplatnění v léčbě hraniční poruchy osobnosti. Kazuistický fragment ilustruje specifické dovednosti, které si terapeut osvojuje, aby byl schopen obnovit svoji i pacientovu ztracenou schopnost mentalizace, udržovat ji v průběhu léčby a posilovat odolnost proti jejímu vyřazování v interpersonální sféře. Identifikace tzv. prementalistických stavů pacienta i terapeuta umožňuje modifikovat terapeutické intervence.

*Klíčová slova:* Mentalizace, prementalistické stavy, hypersensitivita vztahové vazby, postoj nevědění

#### ABSTRACT

Mentalization-based therapy (MBT) reflects specific features and demands of Borderline Personality Disorder (BPD). The capacity to think of oneself and others from the mental states perspective and relates to the mind is a complex process that is disturbed also in unusual life circumstances in individuals not suffering from mental illness. The paper focuses on the MBT approach, key treatment principles and its use in the treatment of BPD. The case study sample illustrates specific competencies learned by the therapist in order to recover his and patient's lost capacity to mentalize, maintain mentalization in the course of treatment and enhance its resilience against switching off in the interpersonal context. Identification of pre-mentalistic states of patient and therapist enables modification of therapeutic interventions.

*Key words:* Mentalization, pre-mentalistic states, attachment hypersensitivity, not-knowing stance

## 1. TERAPEUTICKÉ DŮRAZY MBT

### 1.1 Vymezení pojmu *mentalizace*/ *mentalizování*

Poněkud technický a neosobní výraz *mentalizování* (z anglického „*mentalizing*“) zachycuje jednu ze základních složek lidské citové a sociální inteligence a popisuje samotný základ lidské imaginativní schopnosti rozumět a vysvětlovat si chování své i druhých pomocí duševních stavů (Bateman & Fonagy, 2012). *Mentalizování* je proces připisování záměrů a významů lidskému chování, reflektující vnitřní rozhovor nad pocity a myšlenkami svými i druhých umožňující měnit perspektivy (Malda-Castillo et al., 2019). Jedná se nejen o vědomí vlastního prožívání a vědomí sebe sama, ale také schopnost regulovat vlastní emoce. *Mentalizující* postoj umožňuje navazovat uspokojivé vztahy založené na důvěře a vzájemnosti. *Mentalizování* dovoluje v klinické situaci porozumět pacientovým symptomům a jejich smyslu z různých perspektiv, cíleně zaměřit pozornost na jeho obtíže a současně si zachovat otevřený, nehodnotící postoj. Koncept se částečně překrývá s empatií, psychologickou otevřeností (*psychological mindedness*), *mindfulness*, symbolizací nebo schopností zaujímat tzv. třetí pozici (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Jedná se většinou o implicitní a automatickou schopnost zaměřit pozornost k významným intrapsychickým a interpersonálním jevům, průběžně vědomé i nevědomé připisování záměrů sobě navzájem (Karterud, Bateman, 2010). *Mentalizace* vysvětluje vytváření psychických reprezentací a symbolů, vázání vjemů, počitků a tělesných tlaků do komplexních asociativních sítí. *Mentalizování* popisuje proces transformace, který uvolňuje mysl

z intenzivního tlaku na okamžité uspokojení, proměňuje tělesné excitace do nesitelných a komunikovatelných přání, psychicky působících pudů a afektů. Tato provazující funkce předvědomí nebo Ega (v topografickém, respektive strukturálním modelu mysli) zprostředkovává přepracování hrubých emocí do složitějších duševních reprezentací (Lecours, Bouchard, 1997). U osob s vývojovým traumatem vypadává a kolabuje schopnost myslet na sebe a na druhé, rozumět sobě a druhým. Naopak *mentalizujícím* postojem a intervencemi se obnovuje a posiluje. Autoři uvádějí, že pro tuto specifickou kapacitu vázanou na neuroanatomické oblasti a neurofyziologické funkce, bylo zapotřebí volit slovo, které připoutá zájem, nebude zaměnitelné za obecnější pojmy typu *empatie* a nemá synonyma. Na *mentalizování* se podílí celá řada systémů mozkové kůry. Pro schopnost představit si a interpretovat, co si druzí lidé myslí nebo cítí, jsou důležité korové oblasti mediální prefrontální a zejména přední cingulární kůry (Gallagher & Frith, 2003). *Mentalizování* probíhá většinou jako intuitivní rychlá reakce, která má emoční a kognitivní složky. V práci s pacienty je klíčovou složkou *mentalizujícího* přístupu důraz na obnovu, posilování a udržování *mentalizování*, které je opakem slepoty vůči duševním stavům (*mindblindness*). Schopnost přemýšlet o duševních stavech svých i ostatních, vztahovat se ke své vlastní mysli a rozumět si, je komplexní proces, který může selhávat i v obvyklých životních situacích u osob, které netrpí duševní poruchou a týká se i profesionálů. Například psychiatři mohou v „*nementalizujícím* stavu“ opomíjet prožívání pacientů a uvažovat o nich především z hlediska neurotrans-

mitterové rovnováhy. Psychoterapeuti se na své pacienty mohou dívat přes hotové teorie, osvědčená schémata a ztrácet kontakt s jejich skutečným prožíváním. Podobně se rodiče úzkostných nebo zlostných dětí uchylují k hypotézám o genetické dispozici nebo vlivu sociálního prostředí a ztrácí schopnost přemýšlet o jejich duševním stavu (Bateman & Fonagy, 2006). Na většinu duševních poruch (poruchy osobnosti, psychotické poruchy, poruchy nálady, poruchy příjmu potravy, post-traumatické stavy, zneužívání psychoaktivních látek nebo adolescentní krize) se můžeme dívat jako na poruchu mentalizování, při které mysl dezinterpretuje prožitek sebe sama. Pokud dojde k jejímu selhání v rámci hyperaktivace vztahové vazby, nastupují tzv. prementalistické nebo ne-mentalizující způsoby prožívání a myšlení, tj. vývojově starší podoby duševního fungování, které vypojené mentalizování ochranně nahrazují a udržují koherentní pojetí sebe. Patří sem pseudomentalizace (intruzivní, hyperaktivní, destruktivně nepřesné formy), konkrétní porozumění, odehrávání (enactment) a zneužívání mentalizace. Prementalistické stavy se projevují ztrátou schopnosti vnímat sebe sama jako osobu s vlastní nezávislou subjektivitou (propadnout přesvědčení, že člověk není schopen ovlivňovat svůj život), příliš rychlým sblíčováním se, předcházením opuštěním, konkrétním myšlením, impulzivitou, narušenou regulací afektů a bezmyšlenkovitým jednáním (acting out, sebe-poškozování nebo suicidální chování). Příklad částečných výpadků mentalizování nacházíme u obětí traumatu v průběhu tzv. flashbacků, které do prožívání vpadávají v podobě příliš reálných nementalizovaných obrazů.

## 1.2 *Teorie mentalizace*

Skupina okolo Petera Fonagyho a Anthony Batemana na půdě University College of London a Anna Freud Centre koncem 90. let rozvíjí teorii mentalizace (TM), která se stává rámcem pro klinickou praxi, vzdělávání, výzkum a organizaci péče o duševní zdraví založené na mentalizaci (Bateman, Fonagy; 1996, 2001, 2002, 2004, 2006, 2009, 2010, 2012, 2015, 2016, 2020). Léčba založená na mentalizaci (Mentalization-based therapy, MBT) vychází ze specifických projevů hraniční poruchy osobnosti (HPO), zejména hypersenzitivity jejich vztahové vazby. Přirozeně citlivý, rozumějící, zajímavější se a empatický přístup ze strany terapeuta v časně traumatizovaných pacientech nadměrně aktivizuje systém vztahové vazby. Pacienti reagují obranně, v důvěrnější situaci se dostávají do nepřiměřené uspěchanosti, vypínají schopnost představit si, co si myslí a cítí oni sami i druzí, nedovedou si představit hledisko druhého, své nesnesitelné prožitky odehrávají, unikají do zdánlivé vztažnosti, předstírané mentalizace, pasivity a vypoují sdílené porozumění a symbolické myšlení, které jsou předpokladem psychotherapeutickeho ovlivnění (Bateman, Fonagy, 2016). Emoční stres je obecně regulován přepínáním mezi flexibilním, pomalým, exekutivním a mentalizujícím fungováním, které zprostředkovává prefrontální kůra, a mezi automatickým, instinktivním fungováním typu „útek/útok“, které zprostředkovává parietální mozková kůra a podkorové struktury (amygdala, hippokampus, striatum) a evolučně podporuje okamžitou adaptivní reakci na nebezpečí. Práh pro spuštění sebeochranné reakce útok/útek/zamrznutí je snížen u osob vystavených v dětství trauma-

tickým situacím a chronickému stresu (Fonagy, Luyten, 2009). Hrozba špatného zacházení a trýznění pečovatelem nadměrně aktivuje systém vztahové vazby a vede k hledání uklidňující blízkosti. Rodič by měl být zdrojem uklidnění, ale namísto toho v jeho blízkosti dětský prožitek hrozby dále zesiluje. Hledání ujištění a ochrany navozuje ještě větší strach při přiblížení se k osobě, která dítě například týrá. Empatické porozumění terapeuta pacienty vtaňuje do traumaticky obsazené blízkosti, paradoxně zhoršuje interpersonální stres (Nolte et al., 2013). Na druhou stranu, traumatizovaní pacienti s HPO prožívají terapeuty, kteří jsou neutrální a drží profesionální hranice, jako odtažitě a kruté.

Ne-mentalizující pacient zvyšuje riziko vyřazení mentalizace i u terapeutů, což se může projevit například jejich zaměřením na chování pacienta, „objektivní“ kauzality, vnější souvislosti, hotové modely, nálepky, stereotypy a příliš jisté a jednoznačné představy, co se děje s pacientem. Taková léčba může předčasně končit nebo se pacienti „zabarikádují“ v mnohaletých stagnujících a „neprůchodných“ terapiích. MBT proto modifikuje své postupy, zodledňuje vztahovou hypersenzitivitu u pacientů s ochrannou osobnostní organizací a zaměřuje se na obnovu a posilování ztrácené schopnosti mentalizovat.

MBT se neuplatňuje pouze u HPO, ale i u dalších duševních poruch (Křster, 2017) včetně poruch příjmu potravy (Kocourková, Koutek, 2011). Čerpá z poznatků raného vztahu matky a dítěte, teorie vztahové vazby (attachment theory), některých psychoanalytických škol (současné ego-analýzy, teorie objektních vztahů, Self-psychologie, post-kleinianského a bionianského přístu-

pu a francouzského proudu), kognitivní a vývojové psychologie a snaží se využívat výzkumné výsledky. Psychoterapeutický a neurobiologický výzkum průběžně aktualizuje teorii MBT a upravuje její terapeutické postupy. Například poznatky o rovnováze mezi prefrontálními systémy mozkové kůry (schopnost reflexe a přemýšlení) a parietálními a podkorovými systémy (rychlá akce) a její narušení ranou traumatizací s převahou nementalizující akce, přispěly k velkému důrazu na průběžné monitorování úrovně mentalizace, jejích výpadků a celkového emočního vzrušení během terapeutické hodiny. Rizikem výhradního důrazu na výzkumný empiricismus je zvěcnění konceptů, zmechaničtění psychoterapeutické práce, přílišná konkretizace obsahů mysli, pokusění přeceňovat behaviorální rozměr psychoterapie včetně nácviku dovedností a zastíňovat klinické myšlení výzkumnými zájmy a hledáním důkazně-empirické opory.

Vzdělávání v mentalizujícím postoji se stalo přínosné nejen v oblasti péče o duševně nemocné, ale daleko za jejími hranicemi, například při zvládání násilí a šikany na školách (Twemlow et al., 2001), posílení duševního zdraví u zdravých dětí (Keaveny et al. 2012; Twemlow et al., 2011), zvýšení účinnosti pracovní rehabilitace v rekvalifikačních centrech s nemotivovanými a náročnými klienty (Taubner, Müller, Kotte, 2017), v kurzech pro budoucí rodiče nebo přípravě drogově závislých matek na rodičovství (Allen a Fonagy, 2006), v prevenci agresivity ve věznicích u osob s antisociální poruchou osobnosti (Bateman et al., 2016). Autoři MBT formulují svůj cíl v obnově schopnosti mentalizovat (omezenou strukturálním deficitem, traumatem

nebo konfliktem) a používají metaforu psychologické paralely k fyzioterapii zaměřené na oslabené svalové skupiny (Bateman, Fonagy, 2012).

### **1.3 Využití mentalizujícího přístupu v klinické praxi**

Navzdory slibné účinnosti MBT v ambulantní i nemocniční péči, zejména trvající zlepšení příznaků HPO, příznivý dopad na osoby s antisociální poruchou osobnosti, vykazují dosud provedené výzkumné studie některá omezení včetně nedostatečného hodnocení stupně mentalizace a reflektivní funkce, významné převahy bílých žen a nedostatku údajů o účinnosti v mužské populaci a dalších etnik. MBT ve většině studií vykazovala příznivější výsledky v porovnání s TAU (treatment as usual) nebo SCM (Structured Clinical Management) a zlepšení v oblasti HPO symptomů, kvality života a poklesu sebepoškozování se týkalo i výrazně narušených pacientů s dalšími komorbiditami (Malda-Castillo et al., 2019). Analýza 14 evropských systematických studií zaměřených na účinnost léčby u HPO ukázala, že MBT vedla k prokazatelnému zmírnění příznaků specifických pro HPO, úzkosti a deprese, poklesu sebepoškozování, počtu sebevražedných pokusů a zvýšení kvality života. Ne všechny studie však vykazovaly vysoký standard, například scházely hodnoty effect size, adherence k léčbě, srovnání s DBT a dalšími přístupy, studie nebyly dvojité zaslepené a výzkumný vzorek nebyl dostatečně velký (Vogt a Norman, 2019). Meta-analýza Malda-Castillo et al. (2019) zahrnovala všechny studie, které: a) prezentovaly výsledky před zahájením a po ukončení výzkumu; b) byly otištěné v peer-review časopisech anglicky

nebo španělsky od roku 1999 do března 2018; c) terapeutická intervence vykazovala ověřitelný MBT postoj terapeuta (např. postoj nevědění, zaměření na mysl pacienta, podpora mentalizace); d) srovnávací skupina nebyla podmínkou; e) bez diagnostického omezení včetně dětí, adolescentů, dospělých i starších dospělých; f) probíhaly v jakémkoliv uspořádání (ambulance, stacionář, nemocnice); g) používaly alespoň jednu psychometrickou proměnnou ukazující kvantitativní změny. Rozbor 23 studií splňujících všechna kritéria ukázal, že MBT je zvláště účinná intervence v léčbě dospělých s diagnózou HPO, sebepoškozujících se adolescentů a matek závislých na psychoaktivních látkách. Důkazy pro účinnost MBT u depresivních stavů a poruch příjmu potravy jsou omezené. Podpora matek s rizikovými dětmi byla účinnější, pokud profesionálové prodělali výcvik podle MBT principů. Metodologická kvalita studií byla hodnocena jako výborná (4 %), dobrá (34 %), dostatečná (43 %) a nedostatečná (17 %). Kromě léčby nemocných s poruchou osobnosti je MBT přístup rozpracován i pro oblast post-traumatické stresové poruchy, poruchy příjmu potravy a depresivní poruchy. Mentalizující přístup se s úspěchem využívá v léčbě lékařů a profesionálů v psychiatrických službách, kteří se sami dostanou do krize nebo rozvinou depresivní, úzkostnou, fobickou nebo post-traumatickou stresovou poruchu, případně začnou zneužívat psychoaktivní látky (Bleiberg, 2006). Dlouhodobější intervence zaměřené na rozvoj mentalizačních dovedností u HPO vedou k významnému snížení sebepoškozujícího chování, omezení počtu hospitalizací i celkovému poklesu psychopatologických příznaků (Bateman &

Fonagy, 2009, Bales et al. 2012). Zlepšení přetrvávají i po pěti letech od ukončení terapeutické intervence (Bateman & Fonagy, 2008). MBT je jedním ze specifických přístupů, který účinně ovlivňuje obvyklou celoživotní impulzivitu, nestabilní vztahy, regulaci afektů a sebe-obrazu u lidí s HPO. K dalším přístupům patří psychoterapie zaměřená na přenos (Transference Focused Psychotherapy, TFP), dialekticko-behaviorální terapie (DBT), terapie zaměřená na schémata (Schema Focused Therapy, SFT), kognitivně analytická terapie (CAT), skupinová terapie regulace afektů (ERG), kognitivně behaviorální terapie (KBT), tréninkové systémy na předvídání emocí a řešení problémů (Systems training for emotional predictability and problem solving, STEPPS) (Stoffers et al., 2012).

#### **1.4 Vzdělávání**

MBT se zabývá více procesem než obsahem, posilováním fungování duševní struktury než konfliktními tématy. Na úvodní několikadenní seminář obvykle navazuje několikaměsíční supervize vlastních případů, která posiluje adherenci k mentalizujícímu modelu (Polnay et al., 2015). Pro hodnocení pokroků manualizovaného přístupu se používají podrobně rozpracované škály adherence a kompetence MBT (Karterud, Bateman, 2010). Vzdělání založené na mentalizaci ukázalo, že teoretické poznatky nestačí k praktickému osvojení si mentalizujícího postoje. Profesionálové vědí, co mentalizující postoj obnáší, ale v situacích emoční zátěže ho nedokáží použít. Ukázalo se, že klíčovou roli při vzdělávání v mentalizaci sehrávají opakující se semináře a tréninky postavené na přehrávání scénářů náročných klinických situací,

analýze nahrávek a osvojování si schopnosti volně mentalizovat za přítomnosti citově rozrušeného pacienta (Williams, 2006). Základní výcvik v mentalizujícím přístupu (MBT, Mentalization Based Treatment) organizuje Centrum Anny Freudové v Londýně (<https://www.annafreud.org>) a ve Skotsku ve dvou modulech: úvodním edukačním a nácvikovým kurzem (třídenní základní a dvoudenní pokročilá verze), po které následuje průběžná, obvykle roční supervize mentalizujícího přístupu, která může probíhat distančně po Skype. Další výuková centra jsou v Evropě (Belgie, Dánsko, Holandsko, Irsko, Německo, Polsko a Švýcarsko), v Severní Americe (Kanada, USA), na Novém Zélandu a Austrálii.

## **2. MBT**

### **2.1 Nárys metody**

Předpokládaným mechanismem změny u MBT přístupu je vytváření psychického nárazníku mezi afekty a chováním, který posiluje afektivní regulaci, mírní impulzivitu a podporuje funkční podpůrné vztahy. Dosahuje se toho „opačnými pohyby“ a rozšiřováním flexibility v používání různých pólů mentalizace. Například pokud pacient uvízl v úvahách o sobě, přesouvá terapeut pozornost k přemýšlení o druhých. Pokud si je pacient příliš jistý o svých rychle utvořených domněnkách, terapeut se pokouší zpomalit a na první domněnky se dotazuje. Pacient obnovuje sociální učení (epistemic-kou důvěru) díky stálé empatické validizaci pacientových pocitů a pomalé práci na interpersonální zkušenosti s terapeutem a druhými (Volkert et al., 2019). Klíčové principy MBT stručně vystihují základní dovednosti kompetenčního manuálu. MBT neaspiruje na to být jediným přístupem, kte-

ry u pacientů posiluje mentalizaci. Její výpadky a obnovování však explicitně zapracovává do intervencí. Mentalizaci posilují implicitně také další přístupy, například psychoterapie zaměřená na přenos (Transference Focused Psychotherapy TFP), dialekticko behaviorální terapie (Dialectical Behavioral Therapy, DBT), psychodynamická terapie (Psychodynamic Therapy, PDT) i kognitivně-behaviorální terapie (cognitive-behavioral therapy, CBT), avšak mentalizaci se nevěnují cíleně (Goodman, 2013). Charakteristiky a odlišnosti MBT a TFP přístupů shrnuje tabulka 1. Jednotlivé terapeutické přístupy ke strukturální nedostatečnosti pacientů s HPO používají odlišné jazyky, vychází z vlastního pojetí psychické změny a principů, které organizují jejich praxi. Jejich odlišnosti otvírají prostor k promýšlení terapeutického působení a funkce terapeutových intervencí. V souladu s Herzogovým (1984) pohledem můžeme například zachycovat v obou MBT i TFP přístupech prvky terapeutického vyřadování se na pacienta, které je na jednom pólu pomyslného kontinua homeostatické (validizující, integrující), posilující bezpečí a prožitek sebe, a na druhém pólu disruptivní (zneklidňující, dezintegroující), které novým způsobem prohlubuje a rozšiřuje prožívání sebe a druhých při konfrontaci nebo vyslovení interpretace, přičemž každý z nich má své místo v daném okamžiku s konkrétním pacientem v dané fázi léčby a procesu.

Mentalizující terapeutický postoj se skládá ze záměrného udržování „nevědoucího postoje (not-knowing)“, postupného a trpělivého rozlišování mezi perspektivou terapeuta a pacienta, aktivního dotazování se na pacientovu zkušenost a její popis (otázky

typu „co“) než její vysvětlení (otázky typu „proč“), vyvázání se z nutnosti rozumět tomu, co nedává smysl a schopnost říct, že tomu nerozumím. Součástí postoje je monitorace vlastních chyb a odvaha připustit své pomýlení a neporozumění, což dovoluje zkoumat pacientovo obranné přesvědčení a snížit hyperaktivaci vztahové vazby. MBT semináře a supervize přináší zpětnou vazbu, jak je důležité učit se snášet pokušení dávat věcem předčasný smysl, vidět souvislosti dříve než pacient a myslet za něho. Terapeut nabízením svého porozumění přebírá aktivitu a nestimuluje pacientovy mentalizační procesy. Pokud terapeut působí jako chytrý, znalý a zkušený, může pacientovu mentalizaci úplně „vyřazovat“, případně u něj navodit modus předstírání. Součástí mentalizujícího postoje je hodnocení pacientovy reakce na citové přiblížení. Pokud se díky přílišné blízkosti začne pacientova mentalizace vypojoovat, pomáháme mu odálit se. Přesouváme ohnisko jeho zájmu od terapeuta k sobě například otázkami: „Jak jste to cítila? Jak rozumíte svojí reakci?“. K dalším způsobům, jak oslabovat hyperaktivaci vztahové vazby, patří například přesun od afektivní ke kognitivní oblasti, validizace pacientovy zkušenosti, omezení interpersonálních interakcí. Naopak při příliš nízké afektivní hladině a inhibici pacienta terapeut „přilévá do ohně“ konfrontací, zesílením osobních interakcí, zaměřením se na afekty (Bateman, Fonagy, 2016). Studenti, tréninkoví terapeuti a supervizoři mohou na sedmistupňové Likertově škále adherence a kompetence hodnotit míru osvojení jednotlivých terapeutických dovedností. Hodnota 1 odráží to, že terapeut v MBT vzdělávání dovednost nepoužívá, neumí ji načasovat, zapojit sebe, jasně a sro-

Tabulka 1 – **Některé odlišnosti v přístupu TFP a MBT**  
(volně zpracováno podle Verheugt-Plaiter, Deben-Mager, 2006)

|                            | <b>TFP</b><br>Transference Focused Psychotherapy   | <b>MBT</b><br>Mentalization Based Treatment   |
|----------------------------|--|---|
| Typ pacientů               | Hraniční, vícefunkční spektrum (Higher level borderlines)<br>Navzdory štěpení pacienti zachovávají schopnost pozorujícího Já. Psychické reprezentace jsou přítomné.<br>Otázkou je širší použití mimo HPO | Hraniční, více narušení (lower level borderlines)<br>pacienti, kteří často vypínají mentalizaci, schopnost myslet a cítit mysl svojí i ostatních. Psychické reprezentace je zapotřebí rozvinout. Širší použití v mimoklinickém kontextu                 |
| Hlavní problém             | Ne-integrované self a objektní reprezentace a rané obrany (štěpící sebe a objekty na dobré a špatné), difuze identity<br>Využívá konfliktní model  | Porucha vnímání sebe (koherentního Self), schopnosti reflexe a mentalizace, rozlišování vnější a vnitřní reality, nesymbolizované afekty.<br>Využívá vývojový model – vývojový deficitní = optimistický model   |
| Terapeutický zájem         | Integrovat manifestní a skryté objektně-vztahové dyády (self-objekt-afekt), dobré a špatné reprezentace  | Posilovat schopnost mentalizace, tolerovat afekt v přítomnosti druhých  |
| Intervence                 | Pozorování, vyjasňování, konfrontace a přenosová interpretace dominantní a opačné dyády, negativního přenosu   | Dovozování pacientova afektivního stavu a jeho interpretace, reprezentace afektu. Popisování stavů mysli, jejich rozlišování. Regulace míry rozrušení (nahoru i dolů)   |
| Chápání agrese a hostility | Autonomní pudová síla, která hraje důležitou roli mezi subjektem a objektem, způsob vztahování se. Projekce zlosti na terapeuta a jeho proměna v ohrožující objekt                                       | Vyjádření nesnesitelných stavů – být ztracený, prázdný, opuštěný, výraz intenzivní paniky. Terapeut pacienta skutečně ohrožuje vtahováním ho do nejisté nebo dezorganizované vztahové vazby spojené s traumatem. Je důsledkem selhání symbolické funkce |



|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| Sebepoškození           | Ochranná funkce, například kontrolovat okolí, odštěpit vlastní zranitelnost a bezmoc   | Pokus odstranit cizorodý intrjekt a zvýšit kohezi self   |
| Úloha terapeuta         | Přenosový objekt (například pacientka se domnívá, že terapeut ji doporučuje, aby se rozvedla s manželem jako výraz přenosového vztahu – terapeut prožívaný jako někdo kdo nemá zájem a neposlouchá ji) | Vývojový objekt – zůstává v kontaktu s vývojovou úrovní fungování pacienta a jeho afektem. (v podobné situaci by se MBT terapeut zeptal: Z toho, co jsem řekl, co vás vede k úvaze, že bych chtěl, abyste se rozvedla s manželem? Možná se cítíte bezmocná ve snaze vyřešit svůj život?  |
| Uspořádání              | Dlouhodobá individuální léčba jednou až dvakrát týdně  | Kombinace individuální a skupinové práce 18 měsíců, úvod edukace   |
| Silné stránky           | Posiluje fungování objektních vztahů, vznáší nárok na terapeutickou alianci vzhledem k vyšší četnosti konfrontací  | Posiluje fungování v rámci vztahové vazby  |
| Námítky z opačné strany | MBT strukturuje primitivní zvnitřněné objektní vztahy příliš kognitivně  | TFP od začátku poukazuje na vztahové aspekty přenosu – MBT je považuje primárně za externalizace částí Self (jádra self nebo odcizených částí self)-pacient proto nerozumí většině pokusů verbalizovat témata vztahově. Předčasné interpretace vztahových témat destabilizuje a vypíná schopnost mentalizace. TFP se k pacientům vztahuje s předpokladem, že jsou schopní intencionálně přemýšlet, jako by se externalizace týkaly terapeutického vztahu a nikoliv odcizeného self a jako by pacient často nebyl uvíznutý v modu ekvivalence |

zumitelně používat jazyk a reagovat na pacientovo hledisko. Hodnota 2 vyjadřuje nepřijatelné až „toxické“ použití dovednosti, hodnota 4 adekvátní uplatnění dovednosti „dosti dobrého terapeuta“, hodnota 7 skvělé zvládnutí dovednosti. Jednotlivé klíčové dovednosti shrnuje tabulka 2.

Nejtypičtější pro mentalizující postoj je dovednost zaujímat nevědoucí a zvědavý

a interpretace, je si jistý, že ví, co je „skutečně“ pacientovým problémem, čeho se „skutečně“ obává, co „skutečně“ pacient cítí atd. Příklad komentáře, kterým terapeut přebírá práci za pacienta a nestimuluje jeho mentalizaci: „Byl jste traumatizován, a proto takové situace nedokážete snést“. Opačný postoj udržovaného nevědění, autory MBT někdy nazývaný „postojem detektiva Co-

Tabulka 2

1. Opravdovost zaujetí, zájmu, vřelosti.
2. Postoj nevědění, zkoumání, zvědavosti.
3. Konfrontace nepodložených přesvědčení.
4. Ladění se na úroveň pacientovy mentalizace a jeho „vlnovou délku“.
5. Regulace emočního nabuzení a aktivní udržování optimální úrovně rozrušení.
6. Rozpoznání a ocenění okamžiků dobré mentalizace.
7. Identifikace módu předstírání a obnova smysluplného rozhovoru.
8. Identifikace módu psychické ekvivalence a obnova mentalizace.
9. Zaměření se na afekt než na chování.
10. Propojení afektu s interpersonálními událostmi.
11. Schopnost zastavit se a vrátit k přerušené komunikaci.
12. Vnímavost a validizace emočních reakcí.
13. Zkoumání přenosu a vztahu k terapeutovi.
14. Využívání protipřenosové reakce.
14. Monitorace vlastního porozumění a reflexe neporozumění.

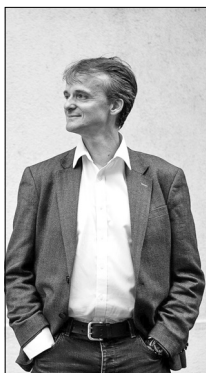
postoj. Terapeut setrvává v roli průvodce, nikoliv vševědoucího experta. Nepřítomnost dovednosti se projevuje nezájmem o mysl pacienta a jeho prožívání, odklonem pozornosti k teorii, diagnóze, chování, podpoře, řešení problémů, změně duševního stavu medikací, ověřeným faktům a vnější realitě. Nementalizující terapeut projevuje spíše pseudozájem a mechanické profesní fungování, nekonfrontuje pacienta a nechává jeho konvenční obranné formulace a klišé bez povšimnutí. Je nápadně asertivní, poskytuje jednoznačné komentáře

lombo“, se projevuje například otázkami: „Co myslíte, že ji vedlo k tomu, že to řekla?“ „Ano, slyším, co jste řekla, uvažuji, proč jste to řekla právě tímto způsobem?“ „Je možné, že to řekl, aby vás ranil, ale mohl mít i jiné důvody?“

### 2.2 Kazuistická ukázka

Obtíže regulovat afekty u pacientů z okruhu poruch osobnosti nebo psychického vývoje jsou projevem strukturálního deficitu, obvykle komplikovaného dlouhodobou traumatizací a zesíleného konfliktními pro-

**David  
Holub**



**Psychoanalytik a psychiatr, člen České psychoanalytické společnosti, České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii a RCPsych (Faculty of Medical Psychotherapy). Spoluzakladatel a dlouholetý odpovědný redaktor Revue pro psychoanalytickou psychoterapii a psychoanalýzu. Vyučuje lékařskou psychologii na 1. lékařské fakultě UK v Praze a psychoanalýzu na Fakultě sociálních studií MU v Brně. Zabývá se klinickými tématy psychoanalýzy, psychodynamickým interview a komunikací mezi pacientem a lékařem. Působí v soukromé praxi v Praze 3, na Psychosomatické klinice v Praze 6 a ve Velké Británii.**

žitky. Základem individuální práce obohacené o mentalizující přístup je „vývojová pomoc“ (Edgcombe, 2000), posila fungování Já. Ukázka mentalizujícího postoje vychází z léčby 25leté ženy, doporučené do léčby pro vážné depresivní stavy, hraniční a paranoidní rysy osobnosti (volně zpracováno podle Target, 2016). Jana se od prvních hodin projevovала jako nezralá adolescentka. Vyrůstala s matkou, která jí a mladšího bratra vystavovala dlouhým a nekontrolovaným výbuchům hněvu a zuřivým hádkám rodičů. V 15 letech byla Jana vyloučená ze školy a díky své impulzivitě přišla o přátele. V 19 letech byla jeden rok psychiatricky hospitalizovaná. Provokovala a vysmívala se a díky tomu její pokusy o za-

městnání skončily nezdarem. Terapeutka se v úvodní fázi léčby pokoušela především zachytit a vyjasňovat její násilné a zmatené pocity, aniž by se uchýlovala k interpretacím. Jakýkoliv odkaz na vztah nebo co Jana zažívá vůči terapeutce ji destabilizoval. Komentáře terapeutky zahrnující to, jak se Jana s terapeutkou cítí nebo připoutávající pozornost k jejich vztahu, vždy vedly k propadu do „pre-mentalistických stavů myslí“: modu předstírání, psychické ekvivalence nebo teleologického stavu myslí (Fonagy et al., 2003). Konkrétně to znamenalo, že rozvinula takový neklid, že nebyla schopná myslet, nebo přešla do nekonečných intelektualizujících, „hypermentalizujících“ popisů, nebo se zcela věnovala terapeutce, zajímala se o ní konkrétně, co si o ní terapeutka myslí a o čem je psychoterapie. V teleologickém stavu myslí nahrazovala prožitek akcí. Trvala na tom, že sezení musí skončit až tehdy, kdy se Jana bude cítit připravená odejít. Žádala po terapeutce, aby jí řekla, kde bydlí a jestli má děti. V takových chvílích terapeutka užívala svoji dovednost „přetočení magnetofonové pásky (rewind)“: vrátila se v průběhu sezení zpět do místa, kde nastalo zranění nebo ponížení pacientky. Prožitek opuštění nebo závislosti pacientky terapeutka neinterpretovала, ale pojmenovала pocitový stav Jany a nechala ji doplňovat její pocity, čímž obnovila natržené kontakty. Teleologický modus je mezistupněm ke sdílenému a symbolizovanému afektu. Teprve později v léčbě Jana dokázala snést pocity uvnitř pracovny, začaly ji zajímat a dávat smysl. V počátečním období terapeutka využívala podmíněného a zřetelného označování afektů a také jejich zrcadlení, které se podobá ranému matčinu pojmenování pocitů

dítěte. Komentáře vycházely z průběžného přemýšlení o pacientčích pocitech, při kterých se terapeutka nenechávala příliš strhnout k akci nebo předstírání.

Terapeutka uvízla v zácpě a přijela s několikaminutovým zpožděním. Poslala Janě textovou zprávu s omluvou. Při setkání Jana nenuceně řekla, že „se nic neděje“. Postupně se během sezení začala na terapeutku rozčilovat za její „neslušnost“, že se ani neomluvila. Spustilo to bludný kruh psychické ekvivalence (konkrétního prožívání emocí). Jana terapeutce říkala, že ví, že se na ní dívá spatra, že si o ní myslela, že stejně před příchodem nemá co na práci, že je terapeutce úplně ukradená, že před ní vypadá jak pitomec a neví, jak se má chovat. Terapeutčina bezcitnost se pro ni stala nepochybným faktem a bylo možné mluvit jen o důsledcích takové necitelnosti. Terapeutka souhlasila, že z hlediska Jany se neomluvila a to pro ni mělo plno nepřijemných důsledků. Uznaná, že se Jana mohla cítit tak, že se na ní terapeutka dívá svrchu a ponižuje ji. Terapeutka pacientčin prožitek uznala jako skutečný. Mohly se začít dívat na to, jaké to je, cítit se tak a nemuset se o tom dohadovat. Jana mohla uznat, že prožitek ponížení vycházel z její fantazie, která relativizovala omluvu terapeutky.

#### *Komentář*

Ukázka z úvodní fáze léčby ukazuje důležitý prvek MBT v práci s hraniční problematikou: namísto obhajoby, bránění se a vysvětlování vyžaduje schopnost snést prožitek „špatného objektu“, který

pacientce nepomáhá, přehlíží ji, poškozuje a zanedbává ji. Teprve uznání například v podobě „Je možné, že vám v tom nepomáhám, mohla byste mi o tom říct víc?“ dovoluje zkoumat pocity pacientky.

*Jana: Kamarádka Petra je teď na protidrogové léčbě. Bylo jí mnohem líp, když jsem ji navštívila. Bývala skoro tak depresivní jako já, má teď život zpátky! Zněla optimisticky a plná nadšení. Její změna mi připomíná změnu ve mně, od té doby, co k vám docházím. Cítím se živá. (přepíná na drsný, pohrdavý tón) Petra se ale musí ještě naučit tolik věcí. Říká, že se nebude izolovat, ale nejspíš jí to zase ujede, až ji propustí...*

Terapeutka: *Řekla jste, že vám to připomíná, jak moc jste byla depresivní, když jste ke mně přišla a jaký je to rozdíl, když ke mně chodíte. Zní mi to tak, že jste stále depresivní.*

Jana: *(mlčí, pak úleva, ale zní opravdu zoufale) Cítím se hrozně. Měla jsem strašný den. Jsem tak ubohá (propuká v pláč).*

Terapeutka: *Jsem zmatená. Viditelně se dneska cítíte skleslá, a přitom jste potřebovala znít tak spokojená se životem a terapií...*

Jana: *Musím přestat fňukat. Určitě máte plné zuby toho, jak pořád nařikám (mlčí). Nejste to vy. Musím vynadat sobě. Pokaždé se mnou máte soucit a zajímáte se o mě. Jsem tak smutná z toho, kdy bývám sama a nemám s kým mluvit. Měla bych se sebrat (úzkostné mlčení). V posledních několika dnech jsem byla negativní. Kdyby tu Petra byla, zavolala bych jí a znovu*

a znovu omílala, že mám vůbec nejhorší den. Zavolala jsem na krizovou linku pro sebevražedné lidi.....(velmi potichu). Bojím se, že si myslíte, že si to vymýšlím.

Terapeutka: Pomozte mi, proč bych si to mohla myslet?

Jana: ...často když jsem se cítila povzbuzená, vnímala jsem, že o mě máte starost. (její hlas je přerušovaný a několik hodin usedavě pláče). Myslím, že pro vás jako pozitivního, sebevědomého, klidného člověka je to přirozené, že vidíte pozitivní věci, dokonce i ve mně (ticho). Já jsem na úplném dnu, do sebe pohroužená a nějak odtaziťá....přihoršuje mi, že si tak strašně přeju, abych nebyla negativní. Chtěla bych být jako vy.

Terapeutka: To zní jako byste nesnášela povědět mi, jak je to teď zlé a vědět, že mi to bude líto..

Jana: Nesnáším to, jak asi před vámi vypadám....

Terapeutka: Jak si myslíte, že přede mnou vypadáte? (ticho, Jana pláče). Myslíte třeba, že s vámi budu mít soucit tak, že bych vás litovala nebo se na vás dívala povýšeně?

Jana: (vyjadřuje úlevu). Ano. (mlčí). Tak nějak si to myslím. Určitě se na mě tak díváte. (roztřeseným hlasem). Dám vám příklad....je to pochmurný a žalostný, ale to je jedno (snaží se zadržet pláč). Stavila jsem se v místní skupině pro ekology. Byla tam nějaká žena, „klimatická ekoložka“. Ani nevím, co ten výraz znamená. Byla tak přitažlivá, štíhlá a chytrá. Cítila jsem se tak nudná a nevýznamná v porovnání s ní. Cítím

se tak v práci pořád. Neohrabaná a nesvá (sarkasticky zesměšňuje svůj hlas). Jsem tlustá? Vypadám pitomě? Jsem jak slimák, nechutný slimák. (pláče). Pochybuji, že si to myslíte, ale kdybych byla na vašem místě, pomyslela bych si: Tak se seber!! Proboha!!“ (ticho, poslěže úzkostným hlasem). Je to to, co jste si myslela?

Terapeutka: Přemýšlela jsem o tom, jak asi nesnášíte tyhle na pohled sebevědomé, klidné ženy, které jako by měly všechno.

Jana: (mlčí, pak plačtivě). Chce se mi brečet. (zápasí a nakonec několik minut pláče). (po chvíli zcela odlišným, drsným hlasem) Nemá to smysl. Musím něco udělat, když nenávidím své tělo. Nemá cenu se litovat. Neměla bych se přejídat, měla bych cvičit a udělat něco se svým příšerným postojem. (ticho několik minut). Nejhorší je samota. Cítím se opravdu mizerně. Tak sama. Ale naslouchám sobě a přemýšlím o své mámě.

Terapeutka: A jaký je prožitek samoty?

Jana: Nevím..... Někdy si přeju, abyste na mě nebyla laskavá. Měla byste být jako moje matka. Víím, jak s ní zacházet. (mlčí). Dobře. Chci vám něco říct (váhá). Volala jsem na krizovou linku často o víkendech, protože jsem nedokázala čekat tak dlouho na laskavý hlas. Poslouchám jednu redaktorku v rádiu, která má vřelý hlas, dokonce jsem její pořady nahrávala. Všimla jste si, že je přesně jako vy? Každý vám to musí říkat. (mlčí). Určitě si myslíte, že jsem trapná.

Terapeutka: *Zní to, jako byste si myslela, že působíte trapně, když se cítíte opuštěná. Nejsem tam s vámi, abych vám pomohla, i když vypadám, že se starám...*

Jana: *(znovu pláče) Nedávno jsem řekla redaktorce v rádiu, ať jde do prdele. A mrštila jsem s ní o podlahu.*

Terapeutka: *Dobře vy!*

Jana: *(směje se). To si nemyslíte, že to bylo strašný?!? Vy jste divná.*

### Komentář

Terapeutka v ukázkě z pozdější fáze léčby v sobě na jedné straně snáší to, že ji pacientka idealizuje a nevybíravě kritizuje, a současně sleduje, označuje a reflektuje její psychickou realitu. Nenechá se strhnout otázkou „Určitě si myslíte, že jsem trapná“ k odpovědi, kterou pacientka zná ze zoufalých výměn s matkou („Ano, jste trapná“), ale „Zní to, jako byste si myslela, že působíte trapně“. Pocit je označený, pochází z pacientčiny mysli, terapeutka mluví o pacientčině pocitu. Terapeutka ale pocity neoznačuje odbornicky, distancovaně, ale je jimi zasažena, musí do jisté míry strávit jejich syrovost, a pacientce vrací a reflektuje prožitek pacientky, nikoliv sebe samotné. Modulací terapeut nevyjadřuje svůj postoj, ale zpracovanou verzi toho, co si myslí, že pacientka cítí. Terapeutka během sezení mlčky sledovala pacientčin pocit opuštění a mohla rezonovat s jejím útokem na rádio komentářem „Dobře vy!“ Označila jím neuctivou poznámku namířenou vůči jejímu „terapeutickému hlasu z rádia“ postojem, že stojí na její straně. Pacientka ve skutečnosti nepotřebovala odpovědi na spoustu konkrétních a někdy

dotěrných otázek, ale potřebovala vědět, co od terapeutky může očekávat, zda ji má ráda, když je s ní, respektive ujistit se, že ji nemá nerada a necítí vůči ní odpor. Pacientka se učila nasloucháním terapeutce naslouchat svým pocitům závistí, opuštění, ponižení, mohla být s někým, kdo znal její vlny studu a útoků vůči sobě.

### 3. ZÁVĚR

MBT rozšiřuje psychoterapeutickou kvalifikaci pro práci s hraničními stavy. Zaměřuje se na ochranné vyřazování symbolické roviny mezi pacientem a terapeutem, ve kterém slova fungují doslovně jako akce a nedá se je použít pro sdělení porozumění. MBT pomáhá snést specifický nápor, udržet léčbu v chodu a oslovovat duševní fungování u pacientů s HPO v interpersonálních situacích. Prvky MBT jsou využitelné i v léčbě integrovanějších pacientů, kteří během léčby fragmentují a zakoušejí psychické zhroucení. MBT vyžaduje průběžné setkávání praktikujících terapeutů, supervizi a rozšiřování mentalizujících dovedností.

*Autor a etické otázky:* Autor není v konfliktu zájmů ve vztahu k prezentovanému sdělení a nebyl financován třetí stranou.

### LITERATURA

- Allen, J. G. & Fonagy, P. (2006). Handbook of mentalization-based treatment. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 223–231.
- Bales, D., Beek, N. V., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J., Verheul, R., & Andrea, H. (2012). Treatment Outcome of 18-Month, Day Hospital Mentalization-Based Treatment (MBT) in Patients With Severe Borderline Personality Disorder in the Netherlands. *Journal of Personality Disorders*, 568–582. doi:10.1521/pedi\_2012\_26\_021.

- Bateman, A and Tyrer, P. (2004) Psychological treatment for borderline personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10: 378–388.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364. doi:10.1176/foc.8.1.foc55
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2010). Mentalization-based treatment and borderline personality disorder. In J. Clarkin, P. Fonagy, & G. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (pp. 187–208). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2015). The role of mentalization in treatments for personality disorder. In W. J. Livesley, G. Dimaggio, & J. F. Clarkin (Eds.), *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach* (pp. 148–172). New York, NY: Guilford Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T., & Fonagy, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry*, 16(1). doi:10.1186/s12888-016-1000-9.
- Bleiberg, E. (2006). Treating Professionals in Crisis: A Mentalization-Based Specialized Inpatient Program. In J. G. Allen & P. Fonagy, P. (Eds.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment*, 233–247. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 223–231. doi:10.1002/9780470712986.ch12
- Edgumbe (2000) *Anna Freud: A View of Developmental Disturbance and Therapeutic Techniques*. London: Routledge.
- Fonagy, P. (1996). „Attachment, the development of the self, and its pathology in personality disorders“. *Psychomedia*: 26–32.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2009). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of borderline personality disorder. In R. Doctor & R. Lucas (Eds.), *The Organic and the Inner World* (pp. 23–55). London: Karnac.
- Fonagy, P., Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381.
- Gallagher, H. L. & Frith, C. D. (2003). Functional imaging of “theory of mind.” *Trends in Cognitive Sciences*, 7(2), 77–83. doi:10.1016/S1364-6613(02)00025-6.
- Goodman, G. (2013). Is mentalization a common process factor in transference-focused psychotherapy and dialectical behavior therapy sessions? *Journal of Psychotherapy Integration*, 23, 179–192.
- Herzog, J. (1984). Fathers and young children: Fathering daughters and fathering sons. In: J. D. Call, E. Galenson & R. Tyson (Eds.), *Foundations of Infant Psychiatry*, Vol 2 (pp. 335–343). New York: Basic.
- Choi-Kain, L.W., & Gunderson, J.G. (2008). Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165: 1127–1135.
- Karterud, S., & Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala. Versjon individualterapi*. Oslo, Norway: Gyldendal Akademisk.
- Kocourková, J., Koutek, J. (2011). *Je teorie mentalizace inspirací pro psychoterapii poruch příjmu potravy? Československá psycholo-*

- gie: časopis pro psychologickou teorii a praxi. Praha: Československá akademie věd, 55(2), 180–183. ISSN 0009-062X.
- Køster, A. (2017). Mentalization, embodiment and narrative: critical comments on the social ontology of mentalization theory. *Theory & Psychology*, 27(4), 458–476. doi: 10.1177/0959354317711031
- Lecours, S. and Bouchard, M. (1997). Dimensions Of Mentalisation: Outlining Levels Of Psychic Transformation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 78:855–875.
- Luyten, P., Fonagy, P., & Campbell, C. (2020). 9.11 Borderline personality disorder (emotionally unstable personality disorder). In S. Stahl, M. – E. Lynall, P. B. Jones (Eds.), *Cambridge textbook of neuroscience for psychiatry*. Cambridge University Press.
- Malda-Castillo, J., Browne, C., Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2019), 92, 465–498.
- Nolte, T., Bolling, D. Z., Hudac, C. M., Fonagy, P., Mayes, L., Pelphrey, K. A. (2013). Brain mechanisms underlying the impact of attachment-related stress on social cognition. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 816.
- Polnay, A., MacLean, C., Lewington, E., & Patrick, J. (2015). A pilot before-and-after study of a brief teaching programme for psychiatry trainees in mentalizing skills. *Scottish Medical Journal* 60(4): 185–191.
- Stoffers, J., Völlm, B., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). doi:10.1002/14651858.CD005652.pub2
- Target, M. (2016). Mentalization within Intensive Analysis with a Borderline Patient. *Brit. J. Psychother.*, 32(2):202–214.
- Taubner, S., Müller, S. & Kotte, S. (2017). Mentalizing Vocational Training increases mentalization interest in professionals and young people with the need of learning support. *Mental Health & Prevention* 6: 1–11.
- Twemlow, S. W., Fonagy, P., Sacco, F. C., Gies, M. L., & Hess, D. (2001). Improving the social and intellectual climate in elementary schools by addressing bully-victim-bystander power struggles. In J. Cohen (Ed.), *Caring classrooms/intelligent schools: The social emotional education of young children* (pp. 162–182). New York, NY: Teachers' College Press.
- Twemlow, S., Fonagy, P., Sacco, F. C., Vernberg, E. & Malcolm, J. M. (2011). Reducing violence and prejudice in a Jamaican all age school using attachment and mentalization theory. *Psychoanalytic Psychology*, 28(4), 497–511. Doi: 10.1037/a0023610.
- Verheugt-Pleiter, A. and Deben-Mager, M. (2006). TRANSFERENCE-FOCUSED PSYCHOTHERAPY AND MENTALIZATION-BASED TREATMENT: BROTHER AND SISTER? *Psychoanal. Psychother.*, 20(4):297–315.
- Vogt, K. S., Norman, P. (2019). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2019), 92, 441–464.
- Volkert J., Hauschild S., Taubner S. (2019). Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: Efficacy, Effectiveness, and New Developments. *Curr Psychiatry Rep* 21(4):25. doi: 10.1007/s11920-019-1012-5.
- Williams, L. L., Fonagy, P., Target, M., Fearon, P., Sargent, J., Bleiberg, E., & McGregor, J. (2006). Training Psychiatry Residents in Mentalization-Based Therapy. In: Allen, J. G. & Fonagy, P. *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 223–231.

*Došlo do redakce 24. 11. 2020, v revidovaném znění 2. 3. 2021. K publikaci přijato 26. 4. 2021.*