

Terapie patologického narcismu rozvojem mentalizace

(MENTALIZATION-BASED TREATMENT FOR PATHOLOGICAL NARCISSISM)

Přestože patologický narcismus (PN), jehož prevalence je v populaci asi 6,2 %, se těší v posledních letech zájmu výzkumníků i širší veřejnosti, jeho léčba je stále jakýsi „Divoký západ“, protože nejsou jasně stanovené postupy efektivní léčby. Podle autorů článku se zdá být životaschopným řešením adaptace již evidence-based metody pro terapii poruch osobnosti ze stejného klastru poruch – což splňuje hraniční porucha osobnosti (HPO). V léčbě HPO jsou v současnosti uznávány dva postupy: DBT (dialektická behaviorální terapie) a přístup založený na mentalizaci (MBT, *mentalization-based treatment*) a tento je v článku blíže představen.

Autoři vyšli z vývojového modelu, v jehož jádru je ona porucha mentalizace, kde mentalizací rozumíme obecně naši schopnost rozumět myšlenkám, postojům, přáním či emocím druhých i vlastním. MBT právě tuto deficitní schopnost u pacientů s HPO, resp. s patologickým narcismem, rozvíjí, čímž zlepšuje jejich fungování v běžném životě a vztazích. V případě pacientů HPO je prokázáno, že vede k redukci sebevražednosti, sebepoškozování, nutnosti hospitalizace i odborné péče a medikace, stejně tak ke zlepšení fungování v osobním i pracovním životě. Podle autorů se zdá být tento přístup nadějný, protože jeho účinnost byla dříve prokázána u další poruchy osobnosti ze stejného klastru, a to disociální poruchy osobnosti. Také dřívější výzkumy prokázaly její účinnost u pacientů s HPO v komorbiditě s další poruchou osobnosti včetně narcismu. Tento přístup je rovněž užitečný v kontextu současných přístupů, kdy narcismus se již nechápe jen jako kategorie, ale jako kontinuum určitých vlastností a rovněž zapadá do konceptu transdiagnostického a dimenzionálního modelu psychopatologie¹.

VÝVOJOVÝ MODEL MENTALIZACE A NARCISMUS

Dítě se učí rozumět vlastním emocím díky tomu, že mu je rodič dostatečně výrazně zrcadlí (dítě se díky tomu „vidí v mysli rodiče“). Pokud ale pečovatel „nepřehrává“ emoce dítěte dostatečně (dost výrazně nebo přiléhavě), dítě v tomto „zrcadle“ nevidí sebe, ale myšlenky a emoce rodiče. Toto vede u dítěte k odpojování se od vlastních emocí a self dítěte se tak nemůže vyvíjet autentickým směrem. Naopak si do své osobnosti integruje kus svého pečovatele a vzniká pocit „odcizeného já“ (*alien self*). Protože dítě rodiče často prožívá jako trestající „zlé“ osoby,

¹ Pracuje s ním DSM-V a znamená, že na poruchy osobnosti už nenahlížíme jako na kategorie (to platilo pro MKN-10), ale pracujeme se stupněm narušení fungování jedince v životě a mírou patologických rysů.

přes toto zvnitřnění dítě začne sebe samo vnímat jako zlé, zruďné. Protože tento pocit je ale pro jedince samozřejmě neúnosný, je nutné tuto „špatnost“ ze svého sebepojetí dostat pryč. Což se děje mechanismem projektivní identifikace, kdy připiše své špatné vlastnosti druhým lidem.

V současnosti existuje předpoklad, že zrcadlení, které je sice kongruentní, ale nevýrazné, vede k hraniční poruše osobnosti. A naopak zrcadlení, které je dostatečně výrazné, ale nekongruentní s emocemi dítěte vede pravděpodobně k narcismu. Pokud rodič odzrcadlí dítěti odlišné emoce, než dítě ve skutečnosti cítí, vede to k nedostatečnému propojení se se svým autentickým já a odtud nejspíš plynou pro PN tak typické pocity prázdnoty. Výzkumy narcismus spojují s averzivními zkušenostmi z dětství – např. fyzické i slovní násilí, sexuální zneužívání, emocionální a fyzické zanedbávání a emocionální zneužívání. Je zde předpoklad, že takovýto rodič dítěti jeho vnitřní stavy dostatečně nezrcadlí. Také rodič (často sám s narcistními rysy), který přeceňuje své dítě, jej dostatečně autenticky nezrcadlí (vidí v něm své vlastní představy a přání, a nikoliv dítě v jeho opravdovosti). Zatímco jedinec s HPO řeší prožitky neautentického já projekcí na druhé („já nejsem špatný – špatný jsi ty“), narcistní jedinec reaguje promítáním pocitů dobra a dokonalosti do své vlastní osoby („já jsem úžasný, jsem lepší než ostatní“). A díky neustálému velebení sebe sama si jedinec obnovuje a udržuje pocit kontinuity a soudržnosti vlastního self, čímž vzniká obraz grandiózního narcismu. Pokud dítě rodič nejen nadhodnocuje, ale i zahanbuje, dítě pro své přežití zkombinuje obě strategie – dobro a dokonalost promítne do své osoby a vše špatné pak do druhých lidí. Toto vede ke klinickému obrazu typickému pro zranitelný narcismus, u kterého se mnohem častěji vyskytuje hněv, agrese, bezmoc, prázdnota i stud a vyhýbání se vztahům, ev. i sebevražednost.

MODEL PATOLOGICKÉHO NARCISMU ZALOŽENÝ NA MENTALIZACI

Autoři PN chápou jako vztahově (attachmentem) podmíněnou inhibic schopnosti mentalizace. V případě attachmentu PN pravděpodobně souvisí s vyhýbavým typem vazby, kdy jedinec volí odloučení jako prevenci zklamání a současně se tak nadměrně zaměřuje na sebe a snižuje svou citlivost vůči druhým. Tato vyhýbavá vazba je typická pro zranitelný narcismus, kdy jedinec z připoutání cítí úzkost. Naopak grandiózní narcis mívá spíše bezpečnou leč odmítavou vazbu k druhým. V kontextu teorie vazby se lze domnívat, že v situacích připoutání, které stimulují nebo ohrožují potřebu pozitivního ocenění, lidé s PN častěji tvoří vztahy s okolím odlišně, s čímž souvisí také inhibovaná schopnost mentalizace, která se právě vztahovostí rozvíjí. Člověk s PN tak má omezený přístup nejen ke kvalitním vztahům s druhými, jejichž mentální stavy vnímá jen velmi povrchně, ale také „sám k sobě“ (zejména k pocitům vlastní zranitelnosti, slabosti a studu). Tyto hypotézy potvrzují dřívější výzkumy, jež u jedinců s PN prokázaly sníženou empatii, sníženou schopnost rozpoznávat emoce druhých i vlastní a následně tyto emoce verbalizovat.

Ve chvíli, kdy je jedincova schopnost mentalizace potlačena, vrací se na **vývojově nižší stupně, jež mentalizaci předcházejí**. Jedná se o:

- a) **Psychickou ekvivalenci** – jedinec neodliší, co je emoce a co realita, neumí uvažovat nad jednáním druhých z více perspektiv, a proto je myšlení a cítění nepružné a vykazuje

tak extrémní sebedůvěru. V psychické ekvivalenci bývá často prožívána narcistní grandióznost.

- b) **Teleologický mód** – jedinec je „pozorovatel“ dění okolo sebe, a to má významný dopad na prožívání. Fantazie a aspirace spojené s PN jsou obvykle teleologické a "vnější" povahy. Protože jedinec s PN má primárně jen teleologický pocit sebe sama, jeho sebeúcta neustále vyžaduje vnější potvrzení, sociálního uznání a soutěžení s druhými.
- c) **Mód předstírání** – zde jsou myšlenky a přesvědčení odděleny od autentických vlastních zkušeností, emoce jsou disociované (zejména ty ohrožující jako vlastní zranitelnost, smutek atp.) a jedinec nadměrně intelektualizuje. Sem pak spadají kořeny nedostatečné empatie vůči druhým, resp. tzv. *kognitivní empatie* (jedinec sice rozumem ví, co druhý asi cítí, ale neumí to prožít emočně, protože mu chybí schopnost empatie emoční).

NARCISTNÍ ODZICENÉ SELF

Čím více jedinec využívá nementalizační způsoby nazírání na sebe a druhé, tím víc stoupají pocity odcizení. Tento pocit prázdnoty a cizosti pak řeší „*narcistním sebezdokonalováním*“, což je intrapsychické i interpersonální úsilí o pozitivní náhled na svou osobu. Toto „sebevylepšíování“ se odehrává jak v jeho hlavě (vrací se neustále k minulým úspěchům, fantazíruje o dalších úspěších v práci, lásce...), tak i navenek kde se neustále snaží o uznání, obdiv druhých, slávu..., obklopuje se významnými lidmi a udržuje svou moc ve vztazích. Zásadní rozdíl oproti lidem bez PN je zde ten, že člověk s PN se o sebezdokonalování nesnaží, aby prostě zažil úspěch, zlepšoval se (běžná lidská potřeba), nýbrž aby se mohl cítit být lepším než ostatní.

LÉČBA PN ROZVOJEM SCHOPNOSTI MENTALIZACE (MBT)

Výše uvedená teorie, z níž klinický přístup MBT vychází, vykresluje obsahy mysli jedince s PN, jeho postoj vůči subjektivním stavům (např. myšlenkám, touhám, emocím) u sebe i druhých. V MBT nejde o dosažení vhledu, zisk kognitivních či behaviorálních dovedností. V této terapii je fokus na zvýšení kapacit jedince pro mentalizaci prostřednictvím zaměřování se na reflexi, vzbuzování zvědavosti ohledně subjektivních prožitků sebe i druhých. **Cílem je, aby pacient rozvíjel stále propracovanější, komplexnější, flexibilnější, kontextualizované a emocionálně angažované reprezentace subjektivních pocitů v sobě i druhém.** Jedinec tak nabývá časem lepší pocit soudržnosti a kontinuity sebe sama, což snižuje jeho potřebu uchýlovat se k výše popsaným rigidním strategiím sebeprosazování.

Zde navrhovaná struktura léčby (diagnóza, cíle a plán) vychází z příručky pro léčbu PN autorů Bateman & Fonagy (2016)², kterou autoři dále propracovali. **Zásadní je, aby si terapeut**

² Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalizationbased treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford, UK: Oxford University Press.

zachovával mentalizující postoj zejména u sebe, čímž povzbuzuje mentalizační procesy u pacienta. Mezi základní rysy tohoto terapeutova postoje patří:

1. Zaměření se na rozpracovávání mentálních stavů tady a teď;
2. aktivní zvědavost, jak pacient zachází s obsahy své mysli;
3. drží se v neexpertní pozici, kdy spoléhá na zvědavost a nejistotu pacienta, čímž ho vede k reflexi a zpochybňování jeho předčasných (obvykle sebejistých) závěrů, díky čemuž se následně otevře prostor pro rozpracování i skrytějších aspektů mezilidských vztahů, do kterých se pacient ve svém životě dostává.

ZÁKLADNÍ INTERVENCE

Terapeutický postup lze je shrnout pomocí schématu o čtyřech základních intervencích:



kde terapeut aktivně pracuje na empatickém potvrzování pacientovy zkušenosti, povzbuzuje ho k objasňování, rozpracování a uvedení do souvislostí, aby tak prohluboval komplexnost pacientových emocí. Emoční rozrušení terapeut pacientovi pomáhá zvládat tím, že se neustále vrací k empatické validaci toho, co pacient cítí.

Primární podmínkou rozvoje mentalizace tak je **empatické potvrzení/ validace emocí**, resp. pacientovy zkušenosti. Validace je zde chápána jako podmíněná a podpůrná reflexe subjektivního stavu druhé osoby. Tedy věnujeme pozornost pacientovým emocím, myšlenkám a postojům, které se aktuálně vynořují v přítomném okamžiku a jsou v jeho vědomí nejzřetelnější. Terapeut si musí ovšem zachovat hranici mezi myslí svou a pacienta. Čili nabízí, spíše než vlastní zkušenosti a pocity, empatické výroky, které odkazují na pacientův stav. *Např. pacient se zlobí na svého šéfa: T. neřekne „Jak vám to mohl udělat? To je nespravedlivé.“ X **správná T. reakce je** „To zní, jako by vás to rozrušilo, vašeho šéfa vůbec tato perspektiva nenapadla.“* Pacient tak mj. zažívá, že ho vnímáme jako člověka a alespoň z části mu rozumíme. Pomáháme mu tím lépe se v jeho emocích vyznat, pojmenovat, co aktuálně cítí, což je pak odrazovým můstkem ke složitějším intervencím a rovněž k následné mentalizaci širšího spektra vlastních emocí. Při empatické validaci neděláme pouhý popis nebo shrnutí pacientových pocitů/ problémů, ale podporujeme perspektivu pacienta – že může cítit, co cítí. *Pokud bychom pokračovali v příkladu: "Není divu, že jste se na něj v té chvíli tak rozčílil. Pracoval jste na tom projektu tak tvrdě a měl jste pocit, že se on na vás vykašlal."*

Druhá základní technika je **objasňování** – klarifikace čili doptávání se na externí detaily a „fakta“ o dané situaci z pacientovy perspektivy. U pacientů s PN je jazyk, jakým o situacích vypráví, zasažen jejich potřebou sebezprosažení. Zpočátku zdůrazňují jen ty informace, které podporují jejich sebevědomí, a naopak marginalizují vše, co jejich já podkopává. Takové popisy situací ale vedou jen k úzké škále pocitů – hněvu, oprávněnosti, pocitu nadřazenosti

a oddělenosti od druhých. Až úplnější popis situace otevírá širší škálu jejich emočních prožitků. Objasnění tedy cílíme na drobné nejasnosti v pacientově vyprávění („*Co se vám stalo? Co jste v tu chvíli řekl?*“), vyjasňujeme chronologický děj (např. „*Takže jste mu vynadal před tím, než pronesl poznámku o vašem oblečení nebo až potom?*“) a na širší okolnosti, které jsou relevantní pro danou situaci i pacientův život a vztahy („*Mohl byste mě, prosím, vzít zpět do doby, kdy jste se poprvé začal cítit špatně – kde jste byl a co se dělo?*“).

Jakmile tyto informace získáme, můžeme přistoupit ke **kontextualizaci afektu**. Jde zde o propojení pocíťované emoce s okolnostmi aktuálně rozebírané situace i dřívějšími zkušenostmi pacienta. Člověk s PN, ačkoliv je v kontaktu se svými pocity, má totiž problém vyjádřit, co ho k nim dovedlo, nebo které aspekty situace mají pro něj emoční význam. Tedy rozumět proč se cítím tak, jak se cítím. Když se pacienti učí dávat své emoční stavy do souvislostí, rozvíjejí si hlubší a silnější prožívání vlastních emocí a stávají se více vnímavými a schopnějšími reflektovat své vzorce ve vztazích. Kontextualizaci můžeme navodit přímým propojením pacientovy emoce s nějakým faktorem v popsané situaci („*Takže to zní, jako by to byla věc, která vás opravdu vyvedla z míry – slyšet ho, jak vás kritizuje za to, že jste se vrátil k práci*“), nebo otázkou na takovou asociaci („*Mohla by tam být nějaká souvislost mezi těmito dvěma věcmi – že vás syn odpálkoval a že jste se dostal do depresí?*“).

Poslední základní technikou je **rozvinutí afektu (elaborace)**. Zde se jedná o skupinu strategií, které mají za cíl prohloubit pacientovo emoční prožívání. Zejména se jedná o tři techniky:

Lze rozvíjet jak „tradiční emoční stavy“ (hněv, láska, strach...), tak i pracovat s pacientovým prožíváním sebe sama, identity a sebeúcty. Např.: „*Takže když vás vlastně kritizoval v tom okamžiku, jaký to ve vás vyvolalo pociť ze sebe sama?*“ Pacientům s PN chybí tzv. „reflektivní nárazník“ mezi situací a jejich reakcí na ni. Jejich hněv je reakce na křivdu, exhibicionismus zase důsledek dovedností nebo kompetence v dané oblasti apod. Bez dostatečné (sebe)reflexe jsou náchylnější k impulzivnímu a sebepoškozujícímu chování. Naopak jakmile jsou schopni rozpoznat, jak tyto situace ovlivňují jejich pociť vlastní hodnoty a identity, zvládají jednat víc reflektivně a flexibilně.

Druhá strategie pracuje s dotazováním, co si pacient myslí, že druhý asi cítil, myslel apod. Tady přesahujeme základní rámec dřív zmíněného objasňování, protože zde vybízíme k rozpracování emočně zatížených předpokladů o druhých lidech. *Jedná se např. o otázky: „Jak si myslíte, že se cítila?“, „Máte nápad, proč s vámi mluvil tímto tónem?“* A pokud je pacient schopen o těchto věcech uvažovat, můžeme jejich emoční prožitek dál prohloubit – *„Tak to zní, že jste měl pociť, že se na vás v tu chvíli opravdu dívá shora. Jaké bylo s ním v tu chvíli mluvit, když jste toto zažíval?“*

Terapeut také explicitně sleduje zranitelné emoce pacienta. Člověk s PN nemá problém vyjádřit hněv nebo oprávněnost, ale problém mu činí dávat najevo „zranitelnější emoční stavy“ jako je smutek, stud či závislost na druhých. Pacientův emoční repertoár tak rozšiřujeme tím, že se jej zcela otevřeně ptáme na další emoce v dané situaci – „*Kromě hněvu, objevily se u vás ještě nějaké další emoce v tomto okamžiku?*“. Rovněž se ptáme na emoce, které v dané situaci nápadně chyběly – *„Vůbec jste se necítil odmítnutý, když vám řekl 'ne'?“*, nebo použijeme

sebeodhalení vlastních afektů v podobné situaci – *"Kdybych byl na vašem místě, myslím, že bych se cítil trochu nejistě kvůli tomu, co si o mně myslí."* Účel těchto intervencí není přesvědčit pacienta, že by něco takového měl cítit (to by vedlo jen k předstírání), ale vzbudit jejich zvědavost toto u sebe zkoumat, zdali toho ve svém nitru zahlédnou víc. A to jim časem zpřístupní širší paletu afektivních stavů.

MENTALIZAČNÍ INTERVENCE – CONTRARY MOVES („flexibilní přepínání“)

Mentalizace má několik dichotomických dimenzí, mezi kterými bychom měli být schopni při kvalitní schopnosti mentalizovat flexibilně přepínat. Základní dimenze jsou čtyři: **já/ ostatní, kognitivní/ afektivní, vnitřní/ vnější a implicitní/ explicitní**. Další zde užitečné dimenze jsou **jistota/ pochybnosti a obecnost/ konkrétnost**. Dá se předpokládat, že u PN stejně jako u jiných poruch osobnosti je toto pro jedince problém. V případě PN se nabízí dobře rozvinuté zaměření na sebe ale omezené porozumění druhým, vysoké kognitivní zaměření ale nízké afektivní a silné zaměření ven na vnější prostředí ale slabá schopnost podívat se dovnitř sebe.

Pohyb mezi mentalizačními dimenzemi také závisí na subtypu PN. *Např. Grandiózní narcis je primárně zaměřen na sebe, ale při ohrožení přesune pozornost na druhé. Oproti tomu zranitelný narcis je konzistentněji nasměrován na zkoumání druhých (podobně jako u HPO). Jedinec s PN také může převážně mentalizaci směřovat externě na tituly, povýšení atp., ale také se selektivně přeladit na vnitřní stavy druhých lidí, aby prozkoumal ne/přítomnost jejich obdivu své osoby či zda mu věnují „náležitou pozornost“.*

V terapii při rozvoji mentalizace nám pak jde o zvyšování flexibility přesunů mezi jednotlivými dimenzemi, stimulujeme pacienta, aby zvážil i protipól. Opět si pomáháme dotazováním na chybějící dimenzi. Z článku vyberme příklady intervencí, kdy pacient je zaměřen jedním směrem a terapeut ho navádí prozkoumat druhý:

Pacientův zážitek	
ZAMĚŘENÍ VEN <i>Mluvil jste hodně o tom, co říkal. Jak myslíte, že se v ten moment cítil?</i>	ZAMĚŘENÍ DOVNITŘ <i>Ta situace byla jistě pro vás uvnitř velmi rozrušující. Jak to ovlivnilo vaše vystupování navenek?</i>
SEBEREFLEXE <i>Měl jste pocit, že vaše žena nemá žádný důvod se s vámi rozvést. Máte tušení, proč by to mohla udělat?</i>	REFLEXE DRUHÝCH <i>Když vás takhle vaše žena kritizovala, jaké to pro vás bylo?</i>
KOGNITIVNÍ <i>Jak se momentálně cítíte, když o těch věcech hovoříte?</i>	AFEKTIVNÍ <i>Jak rozumíte její reakci? Jak si to vysvětlujete?</i>
JISTOTA <i>Vypadá to, že jste si naprosto jistý, že vám to chtěl zkazit. Ale není mi to pořád úplně jasné, mohl byste mi to více vysvětlit, jak jste k tomu závěru dospěl?</i>	POCHYBY <i>Opravdu nemáte ponětí, proč jste se tak na něj naštvál? Co kdybyste zkusil alespoň vymyslet nějaké hypotetické důvody.</i>
OBECNÉ	KONKRÉTNÍ

<i>Vím, že se obvykle cítíte deprimovaný a chtěl byste umřít. Mohl byste mi teď povědět nedávný konkrétní příklad, kdy jste se takto cítil?</i>	<i>Je evidentní, že před naším dnešním setkáním se vám toho opravdu mnoho přihodilo. Pomozte mi teď pochopit, co je na tom všem pro vás to podstatné v obecné rovině.</i>
---	---

MENTALIZAČNÍ INTERVENCE – MODE-SPECIFIC INTERVENTIONS

Během sezení je důležité se průběžně zaměřovat na rigidní myšlenkové vzorce (popsané výš) – tj. do jaké míry je pacientovo myšlení nepružné (psychická ekvivalence), navenek zaměřené (teleologické) nebo odpojené (režim předstírání). A na tyto projevy pak cílí zde popisované intervence.

U PN se **psychická ekvivalence** projeví nejzřetelněji v pacientově grandiozitě, nadřazenosti, studu a devalvací druhých. Často terapeut udělá chybu, když z vlastní frustrace začne pacientovi argumentovat v kognitivní rovině, snaží se mu „rozumně domluvit“. V MTB terapeut s tímto nastavením zachází jinak – **na pacienta zareagujeme empaticky** a začne jeho pocity validovat. **V dalším kroku jej vyzveme k upřesnění** („*Jak jste na tento závěr přišel?*“) a prozkoumá tak i trochu jeho jistotu. Velmi jemně pak **zkoumá další oblasti a jejich nuance**. Aniž by se snažil měnit, co si pacient myslí, **může opatrně sdílet i svůj pohled**. Nakonec zkusí opět **přesunout pozornost k mentalizování**.

Teleologický mód odchyťujeme v pacientových touhách po obdivu, úspěchu a extrémním zaměřením na "špatné" nebo "nespravedlivé" chování druhých lidí často subjektivně zdůvodněném nedostatkem respektu, úcty. Tady terapeut musí odolat pokušení zaplout do typického interpersonálního vzorce, kdy terapeut např. tím, že bez přerušování vše vyposlechne, uspokojí pacientovu touhu po obdivu a uznání. **V MTB reaguje terapeut opět empatickou validací – potvrdí pacientův vnější požadavek** (např. „*Takže v tomto okamžiku cítíte, že nutně potřebujete získat zpět svou starou práci*“), **a pomůže mu dále rozvést důležitost toho vnějšího požadavku** („*Můžete mi říci, co vás k tom uvede?*“) **a také dopad, který tento jeho požadavek má** („*Zní to, jakože nad tím uvažujete neustále.*“). Nakonec **pomůžeme pacientovi vyjádřit vnímanou souvislost mezi vnějším faktorem (situací) a jeho subjektivním vnitřním prožitkem** („*Takže pro vás je stará práce /vnější faktor/ doslova zdroj vaší sebeúcty*“ /vnitřní, subjektivní hodnota/, *bez ní nemáte nic a připadáte si nikým*“). V moment, kdy se nám podaří vynést na světlo spojení vnitřního a vnějšího, zkoumáme jemně dál s pacientem jejich souvislosti („*Takže kdybyste dostal zpět svou práci, cítil byste se díky tomu dobře? Dobrý pocit ze sebe samého natrvalo, jednou provždy?*“). A také zde můžeme opatrně vsadit vlastní pohled na věc („*Slyšel jsem, že pro vás je ta práce jediným způsobem, jak získat pocit vlastní hodnoty. I když máte možná pravdu, osobně mi něco na myšlence, že vaše jediná hodnota pochází z vašich profesních úspěchů, nesedí.*“).

V momentě, kdy pacient začne nápadně intelektualizovat, jeho vyprávění je zdoluhavé a odpojené od emocí, zaplul do **módu předstírání**. Monology, které zdánlivě nikam nevedou, buď terapeuta znudí nebo unaví a vedou k odpojování se od pacienta, případně naopak se terapeut nechá oslnit pacientovým „vhledem“. Důsledek této chyby pak je, že si vůbec nevšimneme, pacientova naprostého odpojení se od subjektivního prožívání (což nechceme). Doporučení v duchu MTB pak je monolog pacienta přerušit něčím neočekávaným a přivést ho

zpět k reflexi. Příkladem je technika, kdy budeme **po pacientovi požadovat, aby nám dal konkrétní příklad svých abstrakcí – přesuneme pozornost od obecného ke konkrétnímu** (*"Popsal jste mi teď sám sebe, jak se cítíte depresivní. Mohl byste se nyní podělit o konkrétní situaci z poslední doby, kdy jste se tak cítil?"*). Také se můžete dotázat, **jak se nyní cítí v tuto chvíli, když nám něco vypráví – čili přesunout jeho pozornost k momentálním emocím** (*"Chtěl bych vás na chvíli zastavit – co se teď děje? Jaké emoce cítíte právě teď, když o těchto věcech hovoříte?"*). Také lze **vybídnout pacienta k zamyšlení opačným směrem** (*"Uvědomuji si, že je těžké vyličit, jaké to je být tak 'deprimovaný'. Jak to ale vypadá, když jste NEdepresivní?"*).

Může se ovšem stát, že **tyto intervence nezaberou** a pacient stále pokračuje ve svých rigidních vzorcích myšlení a (ne)cítění. Na radě je tedy „výzva“, **kdy pacienta nějak „popíchneme“**. Nejde o popření jeho zkušeností, že se s ním začneme dohadovat apod. Pomocí lehkého sarkasmu, humoru či mírné neuctivosti přimějeme pacienta se zastavit, čímž získáme jeho pozornost a prostor pro intervenci – může to být otázka nebo jen prostý komentář. Autoři pro ilustraci popisují případ z klinické praxe, *kdy pacient závislý na alkoholu po recidivě jen popsal, že to bylo uklidňující a odmítl terapeutovi vysvětlit, co tím myslel s odkazem, ať si to slovo tedy terapeut vyhledá ve slovníku. Terapeut zareagoval – „Ptal jsem se, protože mi přišlo neuctivé, se nedotázat, co to slovo pro vás konkrétně znamená. Mohli by na mě totiž po takové chybě zavolat „terapeutickou policii“ a ta by mě odvedla!“* Tímto tahem terapeut pacienta rozesmál a mohl tak pokračovat ve svých intervencích již za klientovy spolupráce.

MENTALIZOVÁNÍ V TERAPEUTICKÉM VZTAHU

Pokud na PN nazíráme jako na vztahově podmíněný útlum rozvoje mentalizace, je terapeutický vztah důležitá příležitost pro rozvoj této dovednosti. V rámci vazby na terapeuta si pacienti s PN odehrávají své typické interpersonální vzorce – tendenci k idealizaci, vyhledávání pozornosti, nadřazenost, devalvování... Vztah s terapeutem jim nabízí možnost tyto své maladaptivní vzorce chování zachytit. Klasické metody jako je rozbor projekcí mohou pacienta s PN naprosto zablokovat, zvýšit jeho rigiditu a agresivitu. V MBT terapeut přijímá svůj podíl na vztahu s pacientem i na „nepodařené“ interakci – že terapeut sám nevědomky přispěl k patové situaci, stejně jako pacient něco zkreslil. Využití mentalizace pro analýzu terapeutického vztahu pomáhá nabýt vhodnou míru odstupu, kdy pacient s PN je schopen začít uvažovat o své roli v dané situaci.

Cyklus mentalizace v terapeutickém vztahu má v MBT následující kroky:

- 1) Terapeut zaměřuje svou pozornost na vztahový proces (minulý nebo současný), který je potřeba zkoumat
- 2) empaticky validuje pacientovu zkušenost s tím procesem
- 3) a současně společně pracují na tom, aby tento proces víc zkoumali
- 4) během toho nabývají oba stále většího porozumění (a klidně dál oscilujeme s pacientem mezi kroky 2, 3 a 4)
- 5) explorace a přijetí závěrů terapeuta
- 6) využijeme specifické intervence na rigidní myšlenkové vzorce (mode-specific interventions)

→ 7) shrnutí a reflexe nového porozumění

→ a můžeme opět začít bodem 1 (podle potřeby pro další vztahové procesy/ události).

NUANCE V MBT PŘI LÉČBE PATOLOGICKÉHO NARCISMU vs. jiných poruch

- **Zaměření sezení na "tady a teď", upřednostňování neverbálních emočních stavů pacientů v přítomném okamžiku.** → z pacientova vyprávění „tehdy a tehdy“ se jemně posouvat do přítomnosti („*Zdálo se mi, že se vám proměnil hlas, když jste začal hovořit o bývalé manželce. Všiml jste si nějakého rozdílu v tom, jak jste se v tu chvíli cítil?*“ // „*Jaké to je, když se mnou o těch věcech právě mluvíte?*“) → Čím častěji pacientovi zpřístupňujeme jeho prožívání, tím víc si ho sami uvědomují nakonec i mimo sezení.
- **Při empatické validaci volíme víc kontingenční přístup než ostré hranice mezi svou a pacientovou myslí** → zde je rozdíl oproti MBT při HPO, kde dáváme přednost větší vyhraněnosti mezi myslí terapeuta a pacienta. U PN si můžeme dovolit víc kontingenční ladění – můžeme se jemně k jeho citění připojovat také a vcítit se do něj ("*To je mi opravdu líto, co se vám to stalo*" vč. *neverbálních signálů jako je výraz naší tváře apod.*) a k tomu připojíme svou reflexi.
- **Prohlubování pacientova prožívání emocí zabývajících se otázkami sebeúcty, zranitelnosti a subjektivních stavů druhých lidí využitím technik emoční elaborace.**
- **V počátečních fázích léčby upřednostňujeme elaboraci a validaci před využíváním specifických intervencí s cílem rozšiřovat pacientův úhel pohledu.** → Při vysoké rigiditě myšlení u pacientů s PN (zejména v počátcích léčby) např. u pacienta zaměřeného rigidně na „kritiku a nespravedlnost jeho manželky“ můžeme namísto přesunu pozornosti z druhého na sebe („*Jak jste se cítil, když s vámi takto mluvila?*“) využít méně ambiciózní krok a jít na to opačně – tj. zeptat se na vnitřní dimenze viditelného chování jeho ženy („*Máte nějaké nápady, co vaši ženu pudí, aby s vámi mluvila tímto způsobem?*“). „*Jiné perspektivy*“ čili pohledy druhých osob na situace zavádíme jen velmi pozvolna a aby to bylo vůbec možné, je potřeba jemně narušovat pacientovu sebejistotu (je jen jediný možný pohled na věc) a pomocí otázek klást důraz na jakousi nepředvídatelnost a odlišnost, ke kterým si pacient postupně sám dochází.
- **Techniku výzvy, využívanou v případě nespolupráce pacienta, kdy zaplul do módu předstírání (intelektualizuje atp.), využíváme podle potřeby a pacientovu reakci na techniku zpracujeme opět pomocí empatické validace jeho emocí.** → Technika výzvy bývá využívána obecně v moment, kdy žádná jiná intervence není účinná. Nicméně u pacientů s PN je vysoká prevalence módu předstírání a bývá těžké je z něj vyvést, proto se zde technika výzvy využívá mnohem liberálněji, častěji. Také ač tyto intervence způsobují u pacientů s PN nepříjemné pocity (frustrace, zmatení, netrpělivost, nejistota či rozpaky), není potřeba se jich obávat. Naopak, jejich výskyt je zde chápán jako dobré znamení, že pacienti jsou víc zapojeni do svého emočního života. Terapeut by měl být akorát připraven vrátit se k základním intervencím jako je empatická validace (potvrdit, že se pacient může nyní nějak cítit a přijmout i svou zodpovědnost na tomto jeho stavu, pokud to je vhodné). Díky těmto intervencím

udržíme ideální rovnováhu mezi navrácením pacienta „zpět do reality“ a poskytováním potřebného bezpečí a podpory v tomto procesu.

- **Zaměřování se na práci s vlastními zranitelnými subjektivními stavy terapeuta, kterým modelujeme širší škálu emočních prožitků a zároveň regulujeme terapeutický vztah tím, že sám sebe terapeut postaví do „nižší pozice“.**
- **Využívání vztahové mentalizace k řešení interpersonálních problémů spojených s narcismem, včetně vychloubání, idealizace, vyhledávání pozornosti, nadřazenosti, hádavosti, odmítavosti a znehodnocování druhých lidí.**
- **Časté používání "rozumné pochvaly" k posílení pozitivní mentalizace.** → Lidé s PN bývají víc motivováni pochvalou než trestem. Jakmile zjistí, co z jejich chování přitahuje naši pozornost (že to je např. jejich myšlenková flexibilita //kterou se my u nich snažíme obnovovat//), funguje pak toto pozitivní posilování jako „narcistická mrkev“, která vybízí pacienty do vztahové dynamiky zahrnující větší vzájemnou reflexi a interakci.

Původní článek dále nabízí ilustraci z klinické praxe MBT u pacientky s PN.

Zpracovala: Martina Kateřínáková